



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:
2013/2002

Saksbeh/tlf:
Ole Martin Olsen, 78 42 19 97

Sted/Dato:
Hammerfest, 13.2.2014

Saksnummer 22/2014

Saksansvarlig: Inger Lise Balandin, Klinikksjef
Møtedato: 20. mars 2014

Videreutvikling og ny organisering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – Nye psykisk helsevern og rusbehandling i Finnmarkssykehuset HF

Administrerende direktørs forslag til vedtak

Styret i Finnmarkssykehuset HF vedtar følgende prinsipper for ny organisering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Vedtakspunktene supplerer vedtak fattet i sak 98/2013:

1. Antallet døgnplasser innenfor rusbehandling økes fra 12 til 14 plasser i løpet av 2016
2. Antallet døgnplasser innenfor rusbehandling videreføres i Karasjok, men reduseres fra 12 til 6 plasser i løpet av 2016.
3. Det etableres et døgntilbud innenfor rusbehandling i Alta med 6+2 plasser i løpet av 2016 (2 plasser er avrusningsplasser).
4. Det etableres et døgntilbud innenfor psykisk helsevern i Karasjok med 6 plasser (4 nasjonale senger) som samlokaliseres med døgnplasser for rusbehandling i løpet av 2016.
5. Døgnetenheten innenfor psykisk helsevern med 8 plasser i Lakselv legges ned fra 2016
6. Akutteamet i Lakselv flyttes til Karasjok samtidig med døgnetenheten
7. Før endelige vedtak om investering i nye bygg skal ulike modeller for samhandling mellom døgnetenhetene innenfor rus og psykiatri i pasientbehandlingen utredes.
8. All aktivitet innenfor rusbehandling organiseres under DPSene med DPS leder som ansvarlig leder både for psykiatri- og rusfeltet.
9. Administrerende direktør får fullmakt til å fastsette endelig administrativ organisering av Klinikkk Psykisk helsevern og Rus med bakgrunn i vedtak fattet i styresak 98/2013 og styresak 22/2014.

Torbjørn Aas
Administrerende direktør



Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Faglig utredning
3. Økonomisk utredning
4. Nåværende behandlingstilbud i Alta, Karasjok og Lakselv
5. Ros-analyser
6. Protokoll styremøte 5. og 6. desember 2013



Videreutvikling og ny organisering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – Nye psykisk helsevern og rusbehandling i Finnmarkssykehuset HF

Saksbehandler: Ole Martin Olsen, Ivar Greiner, Inger Lise Balandin, Øyvin Grongstad
Møtedato: 20. mars 2014

1. Sammendrag

Foretaket omorganiserer Klinikken psykisk helsevern og rus og skal i framtiden ha færre og større fagmiljø. Styret har bedt administrasjonen om å se på styrker og svakheter ved tre ulike modeller for å samle psykisk helsevern og rus (tverrfaglig spesialisert rusbehandling-TSB), basert på kriteriene rekruttering, investeringsbehov, drifts- og finanskostnader og ivaretagelse av samiske pasienter.

Anbefalingen om å samle døgntilbudet innen psykisk helsevern og rus (TSB) i Karasjok og Alta, er vurdert til å gi det beste tilbudet til pasientene i Finnmark, det beste grunnlaget for et godt fagmiljø og framtidig rekruttering, og ivareta vår rolle som utdannings- og forskningsinstitusjon.

2. Bakgrunn

Finnmarkssykehuset skal forsterke tilbudet til pasientene innen psykisk helsevern og rus samtidig som vi har store økonomiske utfordringer. Det er regjeringens signaler om skjerpede faglige krav og foretakets behov for en bedre økonomi som ligger til grunn for den store omorganiseringen innenfor psykisk helsevern og rus.

For å drive med færre ressurser, og samtidig å opprettholde gode fagmiljø, har vi sett på hvordan vi kan redusere dagens fem behandlingssteder til tre behandlingssteder.

a. Foretakets døgntilbud for voksne

Nå har vi mulighet til å samle spesialisttjenester under samme tak, dra nytte av felles ressurser, samlokalisere ulike fagområder og etablere større fagmiljøer. Målet er et bedre helsemessig og samfunnsøkonomisk spesialisthelsetilbud til befolkningen i Finnmark. Vi skal satse på spesialistutdanning i egne institusjoner.

Når det gjelder fremtidig behov for helsepersonell og ikke minst spesialister, er dette en stor fremtidig utfordring. Det er derfor viktig at vi skaper gode og større fagmiljø. For voksne pasienter har vi fem ulike døgntilbudssteder; Finnmarksklinikken har 12 rusplasser, SANKS Lakselv har 8 psykiatrplasser. Post Jansnes har 10 psykiatrplasser, Tana har 10 psykiatrplasser og Post Alta har 10 psykiatrplasser. Hver enhet har årlige driftskostnader på mellom 14,5 og 18 millioner kroner.



b. Foretakets bærekraft

Den økonomiske bærekraftanalysen til Finnmarkssykehuset viser at foretaket må forbedre den underliggende driften i gjennomsnitt med 50 – 60 MNOK pr. år, for å kunne bære investeringene foretaket planlegger i perioden 2015 -2022. Foretaket fikk innenfor Psykisk helsevern og rus redusert rammen med 4,7 MNOK for TSB og 3,6 MNOK for PHV i 2014, som følge av innfasing av Helse Nord sin inntektsmodell for helsevern og rus. Bare 50 prosent av virkningen av innfasingen ble tatt i 2014, slik at foretaket kommer til å få en tilsvarende reduksjon også i 2015.

Ny organisering vil bidra til å bedre driften, samt bedre mulighetene for å stoppe noe av pasientflukten ut av fylket. Dette påvirker både inntektsmodellen og gjestepasientkostnadene positivt.

c. Tidligere arbeid

I 2013 jobbet fem arbeidsgrupper med å etablere grunnlaget for forbedring av tilbudet til våre pasienter i Finnmark. De jobbet med følgende faglige føringer:

- DPS – ene/SANKS skal ha hovedansvaret for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne
- Omlegging fra døgnbehandling til dag - og mer poliklinisk behandling, og ambulante funksjoner der leger og psykologer deltar.
- Akutfunksjoner gjennom døgnet, evt. i samarbeid med andre institusjoner
- Fra sykehusbehandling til mer behandling i DPS – ene/SANKS og det skal legges vekt på kortere opphold i institusjon.
- Robuste og større fagmiljø, som skal samles på færre enheter.
- Nærhet til døgnbehandlingstilbudet for pasienten og kommunehelsetjenesten
- Føringer i samhandlingsreformen med en mye tydeligere kommunerolle

De fem arbeidsgruppene utredet innenfor følgende områder:

- Voksne pasienter
 - døgntilbudet innen psykisk helsevern for voksne
 - ambulante akutteam
 - TSB
- Barn og unge pasienter
- Samisk helsepark

d. Styrebehandling Helse Finnmark 5. og 6. desember 2013

Arbeidsgruppens anbefalinger lå til grunn for styresaken som ble behandlet 5. og 6. desember 2013. Hovedtrekkene i ny organisering av tilbudet ble vedtatt på dette møtet. Styret besluttet 6. desember 2013 å etablere nye rusteam i Hammerfest og i Kirkenes i 2014 som et tilbud i tillegg til døgnbehandling.



I løpet av 2014 styrker vi akuttjenesten innen psykisk helse gjennom døgnet, ved å etablere ambulante psykiatriske akutteam (APAT) og en vaktordning med overleger i vakt.

Organisering og samordning av psykisk helsevern og rus ble utsatt fra styremøtet 6. desember 2013 til 20. mars 2014. Styrevedtaket ligger til grunn for denne styresaken. Bestillingen fra styret knyttet til videre arbeid fram mot styremøte 20. mars 2014 var som følger:

Døgnetheten i Midt-Finnmark reduseres fra 8 til 6 plasser (inkl. 4 nasjonale senger/samisk befolkning). Lokalisering besluttet i styremøtet 20. mars 2014. Styret ber om å få fremlagt en samlet vurdering av konsekvenser, styrker og svakheter av ulike alternativer, der blant annet forhold knyttet til rekruttering, investeringsbehov, drifts- og finanskostnader og tilknytning til Samisk helsepark inngår.

Beslutning om dimensjonering og lokalisering av døgntilbudet innen rusbehandling vil bli gjort i styremøtet 20. mars 2014. Styret ber om å få fremlagt en vurdering av ulike alternativer, herunder samlokalisering med døgnplasser innen psykisk helsevern i Karasjok og Lakselv og samling av all rusbehandling i Alta (jfr. Styrevedtak 71/2012). Forhold knyttet til rekruttering, investeringsbehov, drifts- og finanskostnader og ivaretagelse av samiske pasienter skal inngå.

3. Vurdering

Vurderingene til faggruppene ligger til grunn for anbefalingene. Det ble gjort en grundig faglig utredning i 2013. I tillegg er det gjort ytterlige utredninger, både faglige og økonomiske etter styremøtet i desember 2013.

Til styresaken 5. og 6. desember 2013, anbefalte prosjektgruppa å samle døgnplasser innen TSB i Karasjok og Alta. Det ble anbefalt å øke det totale antall rusplasser i Finnmark fra 12 til 16. Med en fordeling på åtte i Karasjok og åtte i Alta. Samtidig ble det anbefalt å flytte PHV døgnplassene fra Lakselv til Karasjok.

a. Rekruttering

Våre pasienter er helt avhengige av at vi har gode fagmiljø. Derfor har vi sett på dagens fagmiljø og hvor det i framtiden er størst sjanse for å lykkes med rekruttering og stabilisering, og bygge opp et robust fagmiljø for framtiden. Utredningen peker på Alta og Karasjok som de enhetene som har best forutsetning for å etablere, utvikle og styrke fagmiljø.

Det er en styrke for Karasjok at de har flere fastboende fagpersoner. Det er en svakhet for Lakselv at mange pendler, og ambulerer i kortere perioder blant annet fra Karasjok.



b. Ivaretagelse av samiske pasienter

Utredningen sier at fagmiljøet i Karasjok har de beste forutsetningene for å ivareta samiske pasienter, fordi man over år har opparbeidet seg kompetanse i behandling av samiske pasienter med utgangspunkt i SANKS og fagmiljøet i Karasjok.

c. SANKS med ansvar også for rus

I januar i år fikk SANKS også kompetansetjenestefunksjon for rus. Det er et viktig argument for å satse på SANKS. Vi har i dag SANKS Karasjok og SANKS Lakselv *Nasjonalt og internasjonalt pasientansvar*

Med en styrket nasjonal kompetansesenterfunksjon kan vi forvente økt pågang fra samiske pasienter til SANKS, som taler for en oppbygging av tilbud rundt SANKS (Karasjok/Lakselv). Vi har også avtaler med naboland for å ivareta samiske pasienter også der; Dette taler også for å legge rustilbud til SANKS.

d. Utdanning av 5. og 6. års studenter

I tillegg til å utdanne 5. års medisinerstudenter skal vi nå også utdanne 6. års studenter. Rapporten "Regionalisering av medisinstudiet i Tromsø – Finnmark som utdanningsarena, (2013/2014)", trekker fram Hammerfest, Alta og Karasjok som gode utdanningsarenaer.

e. Desentralisert tilbud/nærhet

Styret har ikke bedt oss om å utrede hvor desentralisert vi skal være, men utredningen har vektlagt at vi for Finnmarks befolkning bør opprettholde en desentralisert struktur. Vår utredning sier det er særlig viktig for å ivareta samiske pasienter at vi styrker fagmiljøet i Karasjok. Det er et krav fra Helseministeren at vi etablerer tilbud så nært pasientens bosted som mulig.

f. Akutteamet i Lakselv

Det ble i styremøte 5. og 6. desember besluttet å etablere tre ambulante psykiatriske akutteam (APAT) innen psykisk helsevern tilknyttet DPS - ene. Det første teamet etableres i 2014 og organiseres under DPS Vest-Finnmark.

APAT organiseres ikke som en egen enhet med egen leder, men knyttes til stab i døgnetenheten og/eller til VPP.

Det foreslås å flytte akutteamet i Lakselv, som omorganiseres til APAT, til Karasjok samtidig med døgnetenheten. APAT knyttes som stab til døgnetenheten.

g. VPP Lakselv

Lokaliseringen av Voksenpsykiatrisk poliklinikk vil bli utredet ved en senere anledning da den ikke berøres her.



4. Risikovurdering

a. Personell

Risikoanalysen viser stor sannsynlighet for å miste personell, og derigjennom kompetanse, uansett hvilken modell vi velger. Det er stor fare for at ansatte vil slutte i Finnmarkssykehuset hvis deres nåværende arbeidssted legges ned.

b. Fag

Risikovurderingen viser at vi kan tape kompetanse uansett hvilken modell vi velger.

5. Risikohåndtering

SANKS har et godt fagmiljø og høy forskningsaktivitet som Finnmarkssykehuset vil bevare og styrke. Dette styrker argumentasjonen for å samle psykisk helsevern og rus i Karasjøk.

Vi foreslår å samle psykisk helsevern og rus i Alta fordi vi i denne regionen har gode erfaringer med rekruttering av fagfolk innenfor psykisk helsevern.

6. Budsjett/finansiering

a. Investeringsbehov og finanskostnader

Investeringsbehovene for de ulike modellene gir liten kostnadsforskjell og er derfor ikke utslagsgivende for hvilken modell vi har valgt.

På tross av at det er liten forskjell i årlig økt kostnad er det likevel verd å merke seg at det er en økt kostnad uansett hvilken modell som velges. Bygninger som legges ned må avskrives. Dette betyr enten at dette må tas som et tap eller at en eventuell salgsverdi må dekke dette. Videre må det gjøres en grundig vurdering med hensyn til foretakets mulighet til å investere, knyttet opp til likviditet og mulighet for låneopptak.

b. Driftskostnader

Det er antall turnuser som er utslagsgivende på driftskostnader. Arbeidsgruppene konkluderer med at det er for store faglige forskjeller på PHV og TSB til at man kan anbefale kun én turnus selv om vi samlokaliserer. Men når vi samler oss om tre turnusområder isteden for fem turnusområder, øker vi muligheten for betydelige kostnadsreduksjoner på drift av disse. Dette vil få samme utfall uavhengig av hvilken modell vi velger, så det er ikke vektlagt i anbefalingen.

7. Medbestemmelse:

Ansatte har jobbet med saken gjennom 2013. Styresaken drøftes med foretakstillitsvalgte før styrebehandling.



Utredning av døgntilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern i Finnmarkssykehuset HF

Oppfølging av sak 98/2013 i styret for Finnmarkssykehuset HF

Utredningen er utarbeidet av

Gunn Heatta, leder for DPS Midt-Finnmark/SANKS

Inger Lise Bjerknes, leder for Finnmarksklinikken

Åse Mathisen Holberg, leder for DPS Øst-Finnmark

Robert Kechter, leder DPS Vest-Finnmark

Grete Tørres, saksbehandler

3. utgave 18.02.2014

Innhold

Forkortelser	2
1. Sammenheng	3
2. Bakgrunn	4
3. Om utredningen	5
4. Føringer for arbeidet	5
5 Kort om tverrfaglig spesialisert behandling (TSB).....	7
6 Samhandling mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern	8
7 Innhenting av synspunkter på samlokalisering og samorganisering av sengeposter innen TSB og psykiatri fra ulike kompetansemiljøer.....	9
8 Dimensjonering og lokalisering av døgntilbudet innen rusbehandling	10
9 Ruspost i Alta med 6 + 2 avrusningsplasser	11
10 Døgnet med en post for psykisk helsevern og en post for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Midt-Finnmark.....	13
11 Forhold knyttet til kompetanse og rekruttering i SANKS og ved Finnmarksklinikken .	17
12 Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus.....	18
13 Samisk helsepark - Sámi dearvvašvuoda siida.....	19
14 Lokaler i Karasjok og Lakselv	20
15 Budsjettmessige konsekvenser/bærekraft	22
16 Konsekvenser for pasienter og ansatte ved flytting.....	23

Forkortelser

DPS	Distriktpsikiatrisk senter
FDV	Forvaltning, drift og vedlikehold
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
PHV	Psykisk helsevern
SANKS	Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

1. Sammendrag

Utredningen er utarbeidet på bakgrunn av vedtaket i styret for Finnmarkssykehuset HF i sak 98/2013 *Videreutvikling og ny organisering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – Nye psykisk helsevern og rusbehandling i Finnmarkssykehuset HF.*

Viktige sentrale føringer, erfaringer og kliniske retningslinjer tilsier at det i framtiden er nødvendig med en mye tettere samhandling mellom PSH og TSB. I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til Helse Nord RHF for 2014 heter det bl.a.: “Tjenestene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være samordnet og tilpasset pasienter med sammensatte lidelser. Det er et mål at forpliktende samhandling i tjenestene styrkes, både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Tjenestene bør fortrinnsvis tilbys nært pasientens bosted. Det er et mål at poliklinisk oppbygging innen rusbehandling ikke går på bekostning av døgnbehandling der det trengs.”

På bakgrunn av prinsippet om nærhet og tilbudet til den samiske befolkningen, anbefaler avdelingslederne i Klinikk psykisk helsevern og rus at rusbehandlingstilbudet lokaliseres til to steder i Finnmark, en døgnenhet TSB knyttet til DPS Vest-Finnmark i Alta og en døgnpost TSB samorganisert med døgnpost for PHV ved SANKS/DPS Midt-Finnmark. Dette vil utgjøre en døgnenhet for PHV og TSB, som blir en del av Samisk helsepark, inkl spesialistlegesenteret i Karasjok som skal samlokaliseres med SANKS i 2016.

Døgnposten for TSB i Midt-Finnmark skal gi tilbud til pasienter i Øst- og Midt-Finnmark, mens døgnenheten i Alta skal gi tilbud til pasienter i Vest-Finnmark. Dagens befolkningsgrunnlag vil da være omtrent like stort for de to enhetene og dimensjonering av døgntilbudet bør ta utgangspunkt i det. I dag har Finnmarkssykehuset HF 12 døgnplasser ved Finnmarksklinikken. Beleggsprosenten de siste 3 årene har ligget på 84 – 87,5 %. Finnmarkssykehusets utgifter til gjestepasienter rus var ca. 16,5 mill. kroner i 2012, svarende til ca. 5 800 liggedøgn. For å oppnå en betydelig reduksjon av gjestepasientkostnader innen psykisk helsevern og rus, samt mulighet for avrusning og tilbud til LAR-pasienter i Finnmark bør TSB-tilbudet dimensjoneres med 8 sengeplasser i Alta og 8 sengeplasser i Midt-Finnmark. I tillegg er det forventet at etablering av rusteam vil være med på å redusere utgifter til gjestepasienter rus.

Utredningen ser på konsekvensene av å flytte døgnplassene innen PHV til Karasjok (ved Finnmarksklinikken) eller døgnplassene innen TSB til Lakselv for å samlokalisere disse. Dersom man velger å etablere en felles døgnenhet ved Finnmarksklinikken, må det bygges nye pasientrom og fellesrom til begge postene. Hvis døgnplassene innen TSB ved Finnmarksklinikken skal samlokaliseres med døgnplassene for PHV i Lakselv, er det nødvendig å ominnrede 2. etg. i hovedhuset, som i dag huser kontorer og møterom for akutteamet, voksenpsykiatrisk poliklinikk og administrasjonen. Det må legges inn dusj og toalett på de rommene som skal bli pasientrom. Det er videre behov for behandlingsrom, møterom, stue, kjøkken og spisesal. Det stilles også spørsmål ved om uteområdet i Lakselv kan tilfredsstille behov for arealer til mestring, fysisk aktivitet og trening.

Når det gjelder forhold knyttet til kompetanse og rekruttering i Karasjok og Lakselv, går det fram av kap. 11 at det innen psykisk helsevern har vært bedre rekruttering av spesialister i Karasjok enn i Lakselv. Her er det også større andel av de ansatte som kan samisk. Det er viktige moment med tanke på at SANKS er godkjent som Samisk nasjonal kompetanse-tjeneste for psykisk helse og rus, samt rollen som utdanningsinstitusjon.

Forventet økonomisk synergieffekt av samorganisering og samlokalisering i Midt-Finnmark vil være ca. det samme enten man legger en felles enhet til Karasjok (samlokalisert med FK) eller til Lakselv. Dette gjelder sambruk av arealer, felles stabsfunksjoner og felles turnus kveld, natt, helg og i lavaktivitetsperioder. Det vil utgjøre ca. 8,7 mill. kroner ved samlokalisering i Karasjok og ca. 7,6 mill. kroner ved samlokalisering i Lakselv i henhold til budsjettall for 2012. Dette endres lite enten man opererer med 8 + 6 senger eller 8 + 8 senger. Se kap. 15.1. Det redegjøres for investeringer og FVD-kostnader i egen utredning.

2. Bakgrunn

Styret i Finnmarkssykehuset HF (Helse Finnmark HF) gjorde bl.a. følgende vedtak under pkt. 1. i sak 98/2013 *Videreutvikling og ny organisering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – Nye psykisk helsevern og rusbehandling i Finnmarkssykehuset HF* 5. desember 2013:

“1. d) Antall døgnplasser innen psykisk helsevern reduseres fra 37 til 31 i 2016.

- Døgnetenheten i Alta utvides fra 10 til 15 plasser fra 2016.
- Døgnetenheten i Tana videreutvikles faglig med 10 døgnplasser.
- Døgnetenheten på Jansnes legges ned 1. januar 2015.
- Kapasitet ved døgnenhetene i Lakselv, Tana og Post Alta brukes ved kapasitetsproblemer inntil permanente løsninger er på plass ved døgnenheten i Alta.
- Døgnetenheten i Midt-Finnmark reduseres fra 8 til 6 plasser (inkl. 4 nasjonale senger/samisk befolkning). Lokalisering besluttet i styremøtet 20. mars 2014. Styret ber om å få framlagt en samlet vurdering av konsekvenser, styrker og svakheter av ulike alternativer, der bl.a. forhold knyttet til rekruttering, investeringsbehov, drifts- og finanskostnader og tilknytning til Samisk helsepark inngår.

1. e) Beslutning om dimensjonering og lokalisering av døgntilbudet innen rusbehandling vil bli gjort i styremøtet 20. mars 2014. Styret ber om å få framlagt en vurdering av ulike alternativer, herunder samlokalisering med døgnplasser innen psykisk helsevern i Karasjok og Lakselv og samling av all rusbehandling i Alta (jfr. styrevedtak 71/2012). Forhold knyttet til rekruttering, investeringsbehov, drifts- og finanskostnader og ivaretagelse av samiske pasienter skal inngå.”

I vedtaket refereres det til styrevedtak i sak 71/2012 *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – status og utfordringer*:

1. Styret i Helse Finnmark tar saken om status og utfordringer knyttet til TSB til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å utrede modeller for fremtidig tilbud innen TSB gjennom ”PROFF Finnmarks-sykehuset”, herunder:
 - a. Videreutvikling av TSB tilbud i dagens modell med Finnmarksklinikken som egen avdeling.
 - b. Integrere TSB tilbudet i Samisk Helsepark sammen med tilbudet i DPS Midt – Finnmark og spesialistpoliklinikken i Karasjok.
 - c. Flytte døgntilbudet og ruspoliklinikken ved Finnmarksklinikken til Alta Helsesenter.Det forutsettes at TSB-tilbudet til den samiske befolkningen inngår i utredningen.
3. Alle modeller forutsetter at det etableres tilbud som omfatter rusbehandling i samtlige DPS.
4. Styret ber om en gjennomgang av virksomheten ved vurderingsenheten for å sikre en best mulig styring av pasienttilbud og gjestepasientkostnader.

3. Om utredningen

Etter bakgrunnskapitler om sentrale føringer, om fagfeltet og synspunkter på tettere samhandling mellom PHV og TSB, tar utredningen for seg dimensjonering og lokalisering av døgntilbudet innen rusbehandling i Finnmarkssykehuset HF. Samlokalisering av døgnplasser innen PHV og TSB i Karasjok og Lakselv og samling av all rusbehandling i Alta blir også berørt. Lokalisering av døgnetenheten innen PHV som i dag ligger i Lakselv drøftes. Også tilknytningen til Samisk helsepark drøftes.

SANKS er i brev av 24. januar 2014 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) godkjent som Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS). Forholdet mellom den nasjonale kompetansetjenesten og den kliniske virksomheten ved SANKS vil derfor også bli berørt i denne utredningen.

Avdelingslederne i Klinikk psykisk helsevern og rus i Finnmarkssykehuset er ansvarlige for denne utredningen. En faglig utredning av en arbeidsgruppe bestående av overlegene Cecilie Javo (BUP, SANKS), Helge Haugerud (VPP, SANKS) og Ragnhild Steen (FMKL) og psykologspesialist Michael Sommer (FMKL) er innarbeidet i rapporten. FoU-konsulent Grete Tørres, SANKS, har vært saksbehandler.

3.1 Utredningsarbeidet 2013

I løpet av 2013 har det vært 5 arbeidsgrupper i sving, med til sammen 50-60 fagpersoner, som har utredet hvert sitt delprosjekt, inkludert framtidig tilbud innen TSB. Arbeidsgruppen som utredet ”*Modell for et framtidig tilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*”, arbeidsgruppen som utredet ”*Fremtidig behov for døgntilbud og reorganisering av døgntilbudet innen psykisk helsevern for voksne*”, og arbeidsgruppen som utredet innhold og organisering av spesialisthelsetjeneste tilbudet i ”*Samisk helsepark*”, kom alle til samme konklusjon når det gjaldt organisering av TSB døgnplassene, nemlig 8 nye døgnplasser i Alta (befolkningen i Vest Finnmark) og 8 døgnplasser i Karasjok (befolkningen i Midt- og Øst-Finnmark, og med et særskilt ansvar for tjenester til samisk befolkning). Man anbefalte at TSB døgnplassene både i Alta og Karasjok ble samlokalisert med døgnplassene innen PHV for å oppnå synergieffekter og økonomisk gevinst. Man anbefalte videre at døgnetenheten i Lakselv legges ned fra 2016 og flyttes til Karasjok.

I likhet med arbeidsgruppene, anbefalte også prosjektgruppen at døgnetenheten i Lakselv legges ned og at de 8 sengeplassene flyttes til Karasjok og samlokaliseres med 8 TSB døgnplasser. Prosjektgruppen hadde i tillegg følgende presisering: ”*For å få synergieffekter faglig og økonomisk må Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern (SANKS), Finnmarksklinikken og Samisk spesialistlegesenter legges inn som en del av Samisk helsepark*”.

4. Føringer for arbeidet

4.1 Oppdragsdokument 2014

I oppdragsdokumentet fra Helse- og sosialdepartementet 2014 er de sentrale målene likeverdige tjenester og flere tjenester nær der pasientene bor. Desentralisering ønskes der det er mulig. I oppdragsdokumentet til Helse Nord RHF for 2014 sies det innledningsvis at “Tjenestene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være samordnet og tilpasset pasienter med sammensatte lidelser. Det er et mål at forpliktende samhandling i tjenestene styrkes, både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Tjenestene bør fortrinnsvis tilbys nært pasientens

bosted. Det er et mål at poliklinisk oppbygging innen rusbehandling ikke går på bekostning av døgnbehandling der det trengs.”

Et annet viktig punkt i Oppdragsdokumentet til Helse Nord RHF er at “Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen og når beslutninger tas”.

4.2 Statsbudsjettet 2014

Den nye regjeringen stiller krav om å prioritere opp tilbudet og ressursbruken innenfor rus og psykiatri. Veksten innen disse områdene skal være høyere enn innenfor somatikk, jf. *Prop. 1 S "Tillegg 1 Endring av Prop. 1 S (2013-2014) Statsbudsjettet 2014"*, side 81 (sitat):

”Regjeringen vil gjeninnføre regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk. Veksten måles gjennom endring i kostnader, ventetid og aktivitet.(...) Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at veksten innen psykisk helsevern kommer ved distriktpspsykiatriske sentra (DPS) og innenfor psykisk helsevern for barn og unge”.

Regjeringen har også uttalt at den vil styrke det tverrfaglige samarbeidet på tvers av rusbehandling og psykisk helsevern (sitat):

”Det er en sentral målsetting at psykiske lidelser og rusproblemer/rusavhengighet skal sees i sammenheng. I tillegg er det viktig at tilbudet til rusavhengige tilrettelegges lokalt, at det er fleksibelt og tilpasset den enkeltes behov. Det ble derfor i oppdragsdokumentet for 2012 stilt krav om at tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) er samordnet med psykisk helsevern, at tjenestene innen TSB i størst mulig grad tilbys nær der pasienten bor og i nært samarbeid med kommunale tjenester”.

4.3 St.meld. nr.47 (2008-2009) – Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen legger vekt på bedre tilgjengelighet og samordning / samhandling når det gjelder spesialisthelsetjenester, med fokus på pasientenes behov for koordinerte tjenester. I Kap. 11: ”Særskilte utfordringer for den samiske befolkningen” beskrives språklige og kulturelle kommunikasjonsproblemer, samtidig som det pekes på mulig underrapportering av lidelser, i sær psykiske lidelser. Spesialisthelsetjenester utenfor sykehusene og nærmere pasientene vil være særskilt positivt for den samiske befolkningen og vil gi bedre mulighet for stabilitet i samiskspråklige helsetilbud og til utvikling av samisk fagkompetanse (s.118). Her framheves modellen til SANKS, med en sterk base lokalisert i samisk miljø, kombinert med utplasserte fagfolk i ulike områder med samisk befolkning.

4.4 St. meld. 30 (2011-2012) ”Se meg!” En helhetlig rusmiddelpolitikk

I denne meldingen heter det at ”Det forutsettes at distriktpspsykiatriske sentre vurderes som en mulig nøkkelstruktur for videre utvikling av spesialisthelsetjenester ved rus- og avhengighetslidelser”. Dette er fulgt opp i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2013. I St meld 30, Kap. 6.7.1 heter det videre (sitat):

”Mange av tjenestene innen TSB er i dag organisert som en del av det psykiske helsevernet. Strukturen på tjenester innen TSB bør så langt det lar seg gjøre samordnes med strukturen for tjenester innen psykisk helsevern og andre spesialisthelsetjenester, slik at tilbudet er tilpasset pasienter med sammensatte sykdommer. Ved oppbygging av samisk språk- og kulturkompetanse i rusomsorgen, kan kompetansen som er bygget opp innen psykisk helsevern til samiske pasienter benyttes”.

Videre presiseres det at ”Det er helt avgjørende for den enkelte bruker at disse to tjenesteområdene i størst mulig grad samarbeider og samhandler. Integrert behandling og nye retningslinjer skal bidra til å styrke tjenestetilbudet”.

4.5 Ny spesialitet innen rus- og avhengighetsmedisin

HOD har vedtatt å opprette ny legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Det er stort behov for utdanning av legespesialister innen dette nye fagfeltet. Det legges opp til 5 års spesialistutdanning, med krav til tjeneste både i døgnavdeling og poliklinikk. Samtidig arbeider Helsedirektoratet med et stort prosjekt hvor spesialistutdanningen av leger i Norge revideres (*”Fremtidens legespesialister”*). Det vil bli lagt større vekt på felles utdanningsløp mellom tilgrensende fagfelt og på behov for intern rotasjon mtp klinisk erfaring fra hele fagfeltets bredde. Dette vil bl.a. gjelde rus- og avhengighetsmedisin, psykiatri, og barne- og ungdomspsykiatri. En samlokalisering av disse fagfeltene vil derved være gunstig for rekruttering og stabilisering av leger, som da har mulighet til å få tellende tjeneste innen flere tilgrensende fag.

5 Kort om tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)

Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) er et relativt nytt (2004) tjenesteområde i helsetjenesten, likestilt med somatikk og psykisk helsevern. TSB omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske tjenester (inkl. ambulante akuttjenester). Det baserer seg på tverrfaglighet og består av medisinsk-, psykolog-, helse- og sosialfaglig kompetanse. Pasientene har ofte kompliserte og sammensatte lidelser – både somatiske, psykiske og ruslidelse. Det er fortsatt et stort kunnskapsbehov i alle deler av helsetjenesten når det gjelder utredning og behandling. Et familie- og generasjonsperspektiv er viktig, noe som innebærer at hjelpeapparatet ikke bare fokuserer på den som har et rusmiddelproblem, men også på hvilke konsekvenser problematisk rusmiddelbruk gir i et familiært og sosialt perspektiv. Avhengighetssykdommer og psykiske lidelser har mange felles behandlingsmetoder og teknikker, og kompetanse om psykiske lidelser er viktig nøkkelkompetanse for begge fagområder. Det er derfor hensiktsmessig at tjenestene innen det psykiske helsevernet og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) knyttes tettere sammen.

5.5 Døgnbehandling innen TSB

Når pasienter innlegges på TSB sengeenhet, kreves det spesialistkompetanse på kartlegging, utredning og diagnostisering av rus og avhengighetstilstander samt på andre rusrelaterte lidelser og komplikasjoner. Det samme gjelder for vurderinger av samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. Det kreves prosedyrer på bruk av anerkjent screening og diagnostiske verktøy og tilgang til laboratoriefunksjoner samt vurdering fra somatisk medisin (spesielt indremedisin). I tillegg må det være kompetanse på å kartlegge den psykososiale situasjonen og gjøre kriseintervensjoner. Behandlingen må basere seg på terapeutiske metoder som er evidensbaserte og i tråd med anbefalingene fra nyere rusforskning. Man må kunne anvende dokumenterte medikamentelle regimer etter individuell vurdering der hvor miljøterapeutiske tiltak kommer til kort. Det miljøterapeutiske arbeidet må fremme pasientens motivasjon, og miljøterapeutene må ha ferdigheter i å gjennomføre systematiske observasjoner og intervensjoner. Vaktordningen må ha kvalifisert personell som kan vurdere pasientenes medisinske tilstand. Dessuten må det være nært samarbeid med TSB poliklinikk/ambulant akutteam, PHV (voksenpsykiatrien) og det øvrige hjelpeapparat, både somatiske spesialisthelsetjenester og førstelinjetjenesten, slik at sammenhengende tjenester sikres.

6 Samhandling mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern

Studier fra Europa og USA viser at psykiske lidelser og rusproblemer ofte opptrer sammen. Tilfeldigheter avgjør ofte om en pasient henvises til behandling innenfor TSB eller PH, og mange opplever å bli kasteballer mellom systemene. Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har større mulighet til bedring dersom man koordinerer utredningen og behandlingen av begge lidelser. Man regner med at over 50 % av pasienter med alvorlig psykisk lidelse har samtidig et rusmiddelmisbruk og at over 50 % av pasienter med rusmiddelmisbruk har lettere psykiske lidelser. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser skal ha sin behandling i PHV også for sin ruslidelse. I de tilfeller hvor tilstanden er en rusutløst psykose, bør pasienten overføres til TSB direkte i samme akuttforløp. Ved behov for fortsatt døgnbehandling etter at psykotiske symptomer har avtatt, bør slik overføring skje direkte til TSB døgnpost. Også ruspasienter med selvmordsrisiko som legges inn i PH bør, når risikoen har avtatt, overføres direkte til TSB døgnavdeling som et ledd i et helhetlig behandlingsforløp. Nærhet og tett samarbeid mellom psykiatripost og TSB post er derfor en stor fordel for pasientene.

6.5 Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse (ROP-lidelse)

I 2012 utarbeidet Helsedirektoratet ”Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling”. Retningslinjen er et resultat av vurderinger av relevant kunnskap fra forskning, god praksis, erfaringer og råd fra brukere og fagmiljøer i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Her presiseres det at hvis pasienter med en ROP-lidelse skal få et integrert og helhetlig behandlingstilbud, må det skje en samordning av vurderinger og inntak mellom enheter i PHV og TSB. Det presiseres også at helseforetakene har ansvar for å sørge for at pasienter med ROP-lidelser får et samordnet og integrert behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten. Det anbefales at: ”*Samtidige lidelser forutsetter samtidig behandling, og behandlingen av ROP-lidelser skal foregå integrert etter en samlet plan*”.

6.6 KOFOR-rapport 2011/01: ”Dobbelt så vanskelig? Doble diagnoser i doble systemer. Spesialisthelsetjenestens behandling av pasienter med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser. En sammenligning av 3 organisasjonsmodeller”.

Organisering av tjenestene er en vesentlig faktor for å bedre tilbudet for pasienter med samtidig psykisk lidelse og rusproblemer. Denne undersøkelsen presenterer og analyserer hvordan ledelsen innen de to behandlingsfeltene ser på styrker og svakheter ved egen organisering av rus og psykiatri i Bergen, Trondheim og Vestfold. Ut fra denne studien fremstår Vestfoldmodellen, der rus er en del av psykiatrien, som best egnet for å sikre integrert behandling og økt samarbeid. I Vestfold erfarte samtlige informanter at samarbeidet hadde gått bra etter sammenslåingen. Erfaringene deres viser at det verken var grunnlag for frykten for tap av rusfeltets egenart eller tap av ressurser ved organisatorisk integrering av rus og psykiatri. Hovedargumentene for økt organisatorisk integrering mellom rus og psykiatri er den store komorbiditeten av ruslidelser og psykiske lidelser, samt behovet for flere fagpersoner – særlig leger – innen rusfeltet. Hovedargumentet mot integrering er frykten for at rusfeltet skal ”drukne” faglig og økonomisk i et slikt samarbeid. Ingen av informantene fra Vestfold ga uttrykk for at dette hadde skjedd hos dem.

7 Innhenting av synspunkter på samlokalisering og samorganisering av sengeposter innen TSB og psykiatri fra ulike kompetansemiljøer

Det er innhentet vurderinger av samlokalisering og samorganisering av døgntilbud innen TSB og PHV, basert på vurderinger og erfaringer fra ulike fagmiljøer i landet. Samlokalisering av ruspoliklinikker til DPS har skjedd mange steder i landet. Blant annet har de 6 ruspoliklinikkene i Østfold blitt lagt inn under DPS der. Men samlokalisering av sengeposter har foreløpig skjedd i mindre grad da disse ofte er gamle institusjoner som har eksistert utenfor psykiatrien og vært privat drevet.

7.5 Oslo Universitetssykehus, Klinikk Psykisk helse og avhengighet, Nasjonal kompetansetjeneste for rus, ved leder Espen Arnevik

Anbefaler at en TSB avdeling kobles opp mot psykiatri - henviser bl.a. til ROP retningslinjen. Det vil også være viktig med en kobling til somatikken. Anbefaler felles inntaksteam for enheter innen TSB og psykiatri.

7.6 Sørlandet sykehus HF, Avdeling for rus og avhengighetsbehandling, Enhet for rus og psykiatri, Kristiansand, ved leder Pål Ribu

Anbefaler å samlokalisere tjenestene. I dag snakker man ikke lenger om ”smitteeffekt” fra ruspasienter til psykiatriske pasienter, eller vice versa – svært mange pasienter har både psykiske problemer og et rusproblem. Det vil være kostnadseffektivt og vil også gi mulighet til å trekke veksler på et større fagmiljø. Skillet mellom TSB og PHV oppleves mer og mer som kunstig. En spesialisthelsetjeneste i 2014 bør kunne gi tilbud på tvers av disse skillene. Hvis ikke det samlede tilbudet blir for stort, kan en felles leder være en god løsning. De har selv hatt et tilbud med en leder for 8 senger i TSB og 7 senger i PHV (DPS). Miljøpersonalet håndterte samorganiseringen greit, selv om det var mye skepsis før oppstart. Viktig at de ansatte kjenner til og kan manøvrere mellom ulike lovverk. Det vil også være en idé å ha en felles vikarpool av miljøterapeuter. Det er viktig at miljøpersonalet har videreutdanning, enten i psykisk helsearbeid, SEPREP eller rus.

7.7 Sykehuset Innlandet HF, Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet, divisjon psykisk helsevern, Sanderud, ved tidligere avdelingssjef Anne Aasen

På Sanderud (Hamar) her man lokalisert en TSB avdeling i psykiatrisk sykehus. Erfaringen derfra er at en samlokalisering *i seg selv* ikke skaper samarbeid eller synergieffekter. Det har i liten grad vært faglig eller organisatorisk samorganisering og samarbeid mellom TSB avdelingen og resten av sykehuset, men det har vært legeberedskap (forvakt-bakvakt) på tvers av avdelingene hvor også TSB avdelingen har inngått. Dette har vært en åpenbar fordel. Det har også vært felles utdanningsprogram for LIS leger. Overføringsverdien fra ovennevnte eksempel er usikker.

7.8 Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF, Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, ved leder Grete Furu og avdelingsleder / overlege Reidar Høyfødt

I sitt høringsvar på rapportene i ”Videreutvikling og ny organisering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)” (brev av 08.11.13), skriver leder ved Rus og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN, Grete Furu, at forutsatt en samlokalisering av DPS-funksjoner med døgntilbud innen TSB, så støttes den foreslåtte strukturen med TSB døgntilbud på to steder (Alta og Karasjok). Et større fagmiljø vil kunne gi samordningsgevinster for TSB og konsentrasjonen av tilbud i Samisk helsepark vil legitimere en deling av døgntilbudet på to steder.

Avdelingsleder og overlege Reidar Høyfødt vil fraråde en full integrering, med innleggelse på samme enhet, for pasienter innen TSB og PHV. Dette fordi det er to separate fagfelt. En TSB-

enhet og en PHV-enhet som er samlokalisert, vil gi fordeler i form av et større fagmiljø og en mer stabil rekruttering og stabilisering av fagfolk. Det vil også lette samarbeidet for ROP-pasientene. For å motvirke ”psykiatritenking” bør man ha en ledelse som har en klar forståelse for behovene innen TSB-feltet. Det bør gis mulighet for spesialistutdanning for legene innen rus- og avhengighetsmedisin ved at noe av utdanningen kan tas lokalt i Finnmark og noe sentralt i Tromsø ved TSB-døgnavdelingen på UNN (eks. akutttilbud, LAR-behandling).

8 Dimensjonering og lokalisering av døgntilbudet innen rusbehandling

En samlokalisering av TSB og PHV vil kunne bidra til at tjenestene blir mer samordnet slik det legges opp til i Oppdragsdokumentet. Ved å etablere døgnposter for TSB i Alta og Karasjok/Lakselv vil intensjonen om å tilby tjenestene nært pasientens bosted, være lettere å oppnå enn om all døgnbehandling innen rusfeltet legges til Alta. Oppdragsdokumentet gir også et signal om at oppbygging innen rusbehandling ikke skal gå på bekostning av døgnbehandling – der det trengs. Styret for Finnmarkssykehuset HF har i sak 98/2013 vedtatt at “Styret forventer at de foreslåtte strukturendringene i tilbudet bidrar til betydelig reduksjon av gjestepasientkostnadene innen psykisk helse og rus.” Når en vet at utgifter til gjestepasienter innen rusfeltet utgjør en stor post i budsjettet, er det viktig at sengekapasiteten i foretaket ikke blir for liten.

På bakgrunn av prinsippet om nærhet og tilbudet til den samiske befolkning, anbefaler derfor avdelingslederne i Klinikk psykisk helsevern og rus at døgnplasser for TSB lokaliseres til to steder i Finnmark, en døgnpost knyttet til DPS Vest-Finnmark i Alta og en døgnpost knyttet til DPS Midt-Finnmark/SANKS. Begge steder samorganiseres denne døgnposten med døgnpost for PHV i en døgnenhet for PHV og TSB, som blir en del av Samisk helsepark.

Døgnposten for TSB i Alta skal i første rekke gi tilbud til pasienter i Vest-Finnmark, mens døgnposten for TSB i Midt-Finnmark skal gi tilbud til pasienter i Øst- og Midt-Finnmark, samt samer fra hele Finnmark og resten av landet. Det innebærer at de to døgnpostene har et befolkningsgrunnlag i Finnmark som er omtrent like stort. Dimensjonering av døgntilbudet bør ta utgangspunkt i det.

I dag har Finnmarkssykehuset HF 12 døgnplasser for rusbehandling ved Finnmarksklinikken i Karasjok. Beleggsprosenten var i 2011 87,5 %, i 2012 84,0 % og i 2013 87,0 %. Antall liggedøgn har vært stabile og innenfor plantallene i samme periode. Utgifter til gjestepasienter rus var ca. 11,5 mill. kroner i 2011 og 16,5 mill i 2012. Dette tilsvarer ca. 4 400 liggedøgn i 2011 og 5 800 liggedøgn i 2012. Tallene for 2013 er ikke ferdige, men ser ut til å ligge på nivå med 2013. Avdelingslederne i Klinikk psykisk helsevern og rus anbefaler at det etableres 8 sengeplasser i Alta og at 8 av de 12 sengeplassene opprettholdes i Midt-Finnmark, for å kunne oppfylle styrets forventninger om at de foreslåtte strukturendringene bidrar til betydelig reduksjon av gjestepasientkostnadene innen psykisk helsevern og rus. I tillegg er det forventet at etablering av rusteam vil være med på å redusere utgifter til gjestepasienter rus.

De faglige utredningene som ble foretatt i 2013 og vurderingen fra prosjektgruppen (jfr. kap.3.1) konkluderte med en delt løsning: 15 PHV- + 8 TSB-plasser i Alta for vestfylket i DPS Vest-Finnmark og 8 PHV- + 8 TSB-plasser for Midt- og Øst-Finnmark i Karasjok, integrert i Samisk helsepark. Dette er en dimensjonering som ivaretar behovet for både

Finnmarks befolkning og for samisk befolkning på nasjonalt nivå, og som gir et tilstrekkelig pasientvolum for spesialistutdanning begge steder.

Et annet forhold det må tas hensyn til, er at SANKS har blitt godkjent som Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS) etter styremøtet i desember 2013. Dette krever et tilstrekkelig klinisk volum innen TSB slik at kompetansesenterfunksjonen kan ivaretas. Siden en av oppgavene til SANKS er utdanning av spesialister, nå også innenfor rusfeltet, betyr det at praksisstedet må ha et visst volum og variasjon når det gjelder pasienttilfang. En nedre grense på 8 døgnplasser vurderes derfor som ønskelig. Dette omfatter brukerstyrte senger (jfr. oppdragsdokumentet 2014), seng for avrusning, tilbud til LAR-pasienter samt nasjonale senger for samiske pasienter i tillegg til pasienter fra Øst- og Midt-Finnmark. Etter hvert som SANKS blir mer kjent i andre helseforetak, må man regne med økt pågang av samiske ruspasienter fra andre helseforetak og også fra våre naboland (jfr. avtale med Finland og avtale under utarbeiding for Jämtlands Län i Sverige). Jfr. foretaksspesifikke mål for Finnmarkssykehuset i oppdragsdokumentet fra Helse Nord 2014 ”Avklare, evt. videreføring av spesialisthelsetjenestetilbudet som ytes av SANKS i Snåsa og Oslo. Eventuelle avtaler skal inngås på RHF-nivå”.

Det er også viktig å ta hensyn til at Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet – legger opp til at Finnmark skal inngå som praksissted i den framtidige utdanningen av leger i Nord-Norge, og da med praksis i Hammerfest, Alta og Karasjok (SANKS). Karasjok er her utpekt som arena for undervisning i psykisk helse, med særlig vinkling på kulturkompetanse i diagnostikk og behandling. Oppgaven vil bl.a. innebære etablering av bistillinger ved universitetet. I Oppdragsdokumentet 2014 til Finnmarkssykehuset heter det (sitat): ”*Skal i samarbeid med Universitetet i Tromsø sikre det planlagte 5. og 6. års studietilbud på medisinerutdanningen i Finnmark*”. Denne oppgaven bør også få betydning for lokalisering og dimensjonering av tjenestene.

9 Ruspost i Alta med 6 + 2 avrusningsplasser

En etablering av et TSB døgntilbud i Alta vil gi geografisk nærhet til en stor del av Finnmarks befolkning. SSB har estimert at ca. 60 % av befolkningen i Finnmark vil bo i Alta og Hammerfest og omegn i år 2030 i henhold til høy nasjonal vekst. (53 % ved middels vekst).

Etablering av et TSB tilbud i Alta vil dra nytte av et allerede etablert behandlingstilbud innen døgnbehandling innen voksenpsykiatri, poliklinisk tilbud innen voksenpsykiatri, poliklinisk tilbud innen barne- og ungdomspsykiatri og poliklinisk tilbud innen TSB (rusteam) lokalisert på Alta helsesenter. Dette er gunstig for rekruttering generelt og ikke minst for rekruttering og stabilisering av leger, som da har mulighet til å få tellende tjeneste innen flere tilgrensende fag.

En TSB-enhet og en PHV-enhet som er samlokalisert, vil gi fordeler i form av et større fagmiljø og en mer stabil rekruttering og stabilisering av fagfolk. Det vil også lette samarbeidet for ROP-pasientene Det vil også være en idé å ha en felles vikarpool av miljøterapeuter.

Det frarådes en full integrering med innleggelse på samme enhet (Post Alta) for pasienter innen TSB og PHV fordi det er to separate fagfelt med til dels ulike tilnærminger og pasientbehov. Det er videre ikke hensiktsmessig ut i fra total antall pasienter på 15+8 på Alta helsesenter da mange trenger forskjellige behandlingsmessige tilnærminger gjennom hele døgnet.

9.1 Muligheter for samorganisering

En ser for seg følgende muligheter for samorganisering av tilbudet i Alta:

1. De to døgnenhetene organiseres som 2 poster med egen ledelse i direkte bygningsmessig tilknytning til hverandre
2. Deler av staben er felles for de to enhetene
3. Miljøterapeutene på de to enhetene går i hver sin turnus. Det vil være en synergieffekt ved antall nattevakter. Det vil være en synergieffekt i den totale sykepleierdekningen gjennom hele døgnet.
4. Sambruk av arealer

Det er viktig at ulike pasientgrupper sikres differensiert og tilpasset behandling. En sammenblanding av pasientgrupper innen rus og psykisk helse med ulike behov i én felles avdeling vil svekke muligheten for optimal behandling og er faglig sett ikke tilrådelig. Behandlingen, inkl. miljøterapien, bør derfor foregå ved to separate enheter/poster, med behandlingsopplegg tilpasset pasienten. Modellen forutsetter at de to enhetene avgrenses i forhold til hverandre med en dør imellom. Imidlertid kan en samorganisering av de to enhetene gi betydelige synergieffekter i behandlingen. Derved kan begge fagfelt styrkes.

9.1.1 Ad. felles stab

En samlokalisering/samorganisering av stabsressurser vil kunne gi betydelige synergieffekter. På hver enhet bør det være tilknyttet overlege, LIS-lege og psykologspesialist. Det er nødvendig for at enhetene skal kunne drives faglig forsvarlig, og et krav for å bli godkjent som utdanningssted innen begge spesialiteter (dvs. rus- og avhengighetsmedisin og psykiatri). Når det gjelder sekretær, sosionom, ergoterapeut og fysioterapeut, anbefales det at disse har arbeidsoppgaver tilknyttet begge enhetene. Også lege og psykolog bør kunne brukes fleksibelt i perioder der bemanningen er svak og ellers bistå hverandre ved behov. Felles vaktberedskap vil være mulig gjennom den planlagte APAT-modellen.

9.1.2 Ad. felles turnus

Ulike behov for behandlingstilbud for psykiatriske pasienter og pasienter med rusproblemer, gir behov for atskilte turnuser når det gjelder miljøterapeutene. Ferieavvikling om sommeren og ved høytider vil kunne gi synergieffekter. En felles "pool" av kompetente vikarer for begge postene vil være mulig.

9.1.3 Ad. felles arealbruk

De to døgnenhetene kan lokaliseres i samme bygg og samme etasje atskilt av en dør. Det vil gi mulighet for at grupperom, medisinrom, undersøkelsesrom for leger, familierom, lintøyrom, kopirom, rom for sekretær, sosionom, ergoterapeut og fysioterapeut kan benyttes felles. I tillegg bør hver enhet ha noen egne behandlings- og oppholdsrom for å kunne foreta skjerming og tilpassede behandlingsopplegg for ulike pasientgrupper. Felles arealbruk vil gi en mer effektiv arealutnyttelse og være økonomisk besparende.

9.2 Mulige svakheter ved en samorganisering av rus og psykiatri

Det kan tenkes at en samorganisering av tjenestene slik det her er foreslått, ikke fører til de ønskede synergieffektene pga for få stillingsressurser, for dårlig økonomi og for svak kompetanse hos fagfolkene. Det kan medføre at frustrasjoner brer seg i personalet og til konflikter mellom enhetene. Til tross for arealmessig og faglig synergieffekt ved bruk av felles stabsstillinger er det viktig å sikre en forsvarlig grunnbemanning på TSB-posten. Det er nødvendig med en minimumsbemanning på 16 årsverk for å sikre en bemanning på 3-2-1 gjennom hele døgnet i ukedagene og 2-2-1 i helgene. I tillegg kommer stillingene til lege og psykolog. Dette er kostnadsberegnet til 12,2 mill. Det er allerede bevilget 11 mill.

9.3 Forhold knyttet til rekruttering

DPS Vest-Finnmark i Alta har rekruttert og utdannet spesialister i mange år innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien, og har utdannet en rekke fagfolk i ulike videreutdanninger i voksenpsykiatrien og i barne- og ungdomspsykiatrien. Rekrutteringen er generelt sett bra, selv om det kan variere fra tid til annen. Etter noen utfordrende år med å rekruttere ferdigutdannede overleger innen voksenpsykiatrien vil det fra sommer 2014 av være 5 bosatte overleger innen voksenpsykiatrien i Alta. Videre finnes det en rekke psykologspesialister ved voksenpsykiatrisk poliklinikk og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

Det finnes ansatte med samisk språkkompetanse i Alta. Men det er ikke mange nok til å kunne sikre behandling på samisk gjennom hele døgnet.

Ved rusteamet er det 2 ansatte med samisk språkkompetanse hvorav en er en ambulerende spesialist i voksenpsykiatri.

9.4 Ruspost Alta med 12 + 2 avrusningsplasser

Ved etableringen av en ruspost med 12 + 2 senger vil det fortsatt være betydelige faglige synergieffekter og kan fortsatt anbefales, samtidig som det i mindre grad vil være mulig å oppnå synergieffekter på arealbruken og sambruk av stabsfunksjoner. Dette begrunnes med at et totalt pasientantall på 15 (Post Alta) + 14 (rusposten) krever turnusstillinger og stabsfunksjoner som jobber dedikert for hver post for å sikre tilstrekkelig tilgang til rett kompetanse. Kostnader til en ruspost med 14 behandlingsplasser beregnet til 23-24 mill.

10 Døgnet med en post for psykisk helsevern og en post for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Midt-Finnmark

10.1 Oppsummering av de faglige anbefalingene

På bakgrunn av statlige føringer, erfaringer og kliniske retningslinjer trekker spesialistene fra SANKS og Finnmarksklinikken følgende konklusjoner:

- Samlokalisering og samorganisering av døgntilbud innen TSB med døgnplasser innen PHV vil være i tråd med nasjonale føringer og en fagutvikling som går i retning av mer integrert behandling.
- Hovedargument for modellen er hensynet til pasienter med samtidig rus og psykiske lidelser som trenger behandling fra begge fagfelt.
- En TSB døgnethet krever spesialistkompetanse og miljøterapeuter med videreutdanning. Rus- og avhengighetsmedisin er en ny spesialitet som krever tilrettelegging for tjenesten for leger og psykologer i utdanning i et tilstrekkelig stort fagmiljø.

- En delt modell, med en TSB sengeenhet for vestfylket, og en TSB sengeenhet for midt- og østfylket, vil være i tråd med prinsippene i ”Samhandlingsreformen” om geografisk nærhet til brukerne og desentralisering av spesialisthelse tjenester. Det forventes at Finnmarkssykehuset i sin dimensjonering og organisering av framtidige tjenester innen TSB tar hensyn til statlige føringer.
- En TSB sengeenhet knyttet til SANKS vil ivareta samisk befolkning ved at grunnlaget for SANKS til å inneha nasjonale kompetansefunksjoner innen rusfeltet, herunder utdanning og klinisk virksomhet, vil sikres gjennom TSB tilbud (sengepost med poliklinikk).

10.2 Integrering av rus og psykiatri

Behandlingstilbud innen TSB og PHV kan ha alle grader av integrering – fra å organiseres helt separat og med forskjellig lokalisering, til å bli integrert i samme avdeling – såkalt ROP avdeling. ROP avdelinger er spesialavdelinger beregnet for pasienter med dobbeltdiagnoser og som det finnes noen få av i landet. Finnmarkssykehuset har foreløpig ikke nok ressurser, verken personellmessig eller økonomisk, til å etablere en egen ROP avdeling, og heller ikke et tilstrekkelig pasientgrunnlag.

Fram til i dag har Finnmark hatt en organisering med én døgninstitusjon innen rusbehandling lokalisert for seg (Finnmarksklinikken) og tre døgninstitusjoner innen psykisk helsevern for seg (tre DPS) lokalisert til fem steder. Arbeidsgruppen som utredet framtidig organisering, gikk inn for en omorganisering til en mer desentralisert og integrert modell, der rustilbudet i framtiden blir gitt på to steder i fylket og samlokalisert med psykisk helse tilbudet. En slik samlokalisering vil være nødvendig for å sikre bærekraftige fagmiljøer i Finnmark og for å oppnå synergieffekter mellom rus og psykiatri. Fordelene vil være:

- Fleksibilitet
- Ressursbesparende
- Styrket kompetanse
- Bedre rekruttering

10.3 Muligheter for samorganisering

En ser for seg følgende muligheter for samorganisering av tilbudene i midtfylket:

1. De to døgnenhetene organiseres som én enhet under felles ledelse
2. Deler av staben er felles for de to postene
3. Miljøterapeutene på postene går i hver sin turnus fram til kl.20:00 på hverdager (mandag til fredag), men har felles turnus fra kl.20:00 -08:00, dvs. på kveld / natt, samt i helger, på helligdager og sommer.
4. Sambruk av arealer

En slik samorganisering er framtidsrettet og vil kunne gi betydelige gevinster i form av bedre samhandlingsmuligheter, bedre pasientbehandling, mer fleksibilitet med hensyn til bruk av fagfolk, et mer robust og mer differensiert fagmiljø, og en mer effektiv utnyttelse av økonomiske og personellmessige ressurser. Beredskapen vil også kunne samordnes, i tillegg til at personalressurser vil kunne sikres i sårbare perioder. Det vil også kunne bidra til et bredere praksisgrunnlag for LIS-leger, psykologer og andre faggrupper under utdanning. Det er viktig at ulike pasientgrupper sikres differensiert og tilpasset behandling. En sammenblanding av pasientgrupper innen TSB og PHV med ulike behov i én felles sengepost vil svekke muligheten for optimal behandling og er faglig sett ikke tilrådelig. Modellen

forutsetter at postene balanserer størrelsesmessig og at de plasseres i to atskilte fløyer. Imidlertid kan samorganisering av de to postene gi betydelige synergieffekter i behandlingen. Slik kan begge fagfelt styrkes.

10.3.1 Ad. felles leder

Felles enhetsledelse er forsøkt andre steder (eks. Kristiansand) med godt resultat. Felles ledelse vil sikre en overordnet faglig vurdering i pasientbehandlingen og effektivisere driften. Leder bør inneha kompetanse innen begge fagfelt, eller ha medisinskfaglige rådgivere på begge postene.

10.3.2 Ad. felles stab

Man vil få betydelige synnergieffekter ved en samlokalisering/samorganisering av stabsressurser. Hver post bør ha tilknyttet overlege, LIS lege og psykologspesialist. Det er nødvendig for at postene skal kunne drives faglig forsvarlig, og et krav som må oppfylles for å bli godkjent som utdanningssted innen begge spesialiteter (dvs. rus- og avhengighetsmedisin og psykiatri). Når det gjelder spesialsykepleier, sosialkonsulent (klinisk sosionom) og evt. familieterapeut, anbefales det at disse har arbeidsoppgaver tilknyttet begge poster. Også lege og psykolog bør kunne brukes fleksibelt i perioder der bemanningen er svak og ellers bistå hverandre ved behov. Felles vaktberedskap vil være mulig gjennom den planlagte APAT modellen.

10.3.2 Ad. felles turnus

Ulike behov for behandlingstilbud for PH-pasienter og TSB-pasienter vil gi behov for atskilte turnuser når det gjelder miljøterapeutene. Det vil likevel være mulig å samordne turnusen på kveld, natt, helg, høytider og sommer når det ikke foregår aktiv behandling. Det vil minke behovet for antall ansatte innen enhetene. I tillegg kan miljøterapeuter i turnus ved Ungdomspsykiatrisk avdeling (UPA) benyttes ved ledig kapasitet, både ved høytider og ferieavvikling om sommeren. Det vil redusere vikarutgifter og sikre en felles "pool" av kompetente miljøterapeuter som vil kunne tjene som "buffer" i driften.

10.3.3 Ad. felles arealbruk

Døgnpostene kan lokaliseres i samme bygg, men i hver sin fløy. Det vil gi mulighet for at behandlingsrom, medisinrom, lager, lintøyrom, kjøkken, aktivitetsrom og oppholdsrom kan benyttes felles. Hver enhet bør ha noen egne behandlings- og oppholdsrom for å kunne foreta skjerming og tilpassede behandlingsopplegg for ulike pasientgrupper. Felles arealbruk vil gi en mer effektiv arealutnyttelse og være økonomisk besparende.

10.4 Mulige svakheter ved en samorganisering av rus og psykisk helsevern

Det kan tenkes at en samorganisering av tjenestene slik det her er foreslått, ikke fører til de ønskede synergieffektene pga for få stillingsressurser, for dårlig økonomi og for svak kompetanse hos fagfolkene. Det kan medføre at frustrasjoner brer seg i personalet og til konflikter mellom enhetene. Frustrasjonen kan bli rettet innad, og samorganiseringen kan få skylden for problemene. De to enhetene må derfor styrkes slik at de har ressurser til å ta de utfordringene som målgruppene har behov for. Videre kan et svakt faglig nivå blant miljøpersonalet føre til uprofesjonelle holdninger og inkompetanse som vil kunne ødelegge samarbeidet på tvers av fagfelt.

10.5 Kompetanseheving av miljøpersonalet

Erfaring andre steder har vist at noen miljøterapeuter som har arbeidet lenge innen ett av fagfeltene, kan være usikre og skeptiske til en ny organisering som vil medføre økt krav til kompetanse. For å sikre god kompetanse, bør miljøterapeutene tilbys skoling/utdanningsopplegg der de får undervisning og veiledning i miljøterapeutisk behandling både av TSB-asienter og PH-pasienter. Slik kan personalet utvikle dobbeltkompetanse, samtidig som skoleringsopplegget må ivareta den særskilte kompetansen som skal forefinnes på hver av enhetene.

10.6 Evaluering av virksomheten ved døgnhetene og FoU arbeid

Det bør gjennomføres årlige evalueringer av behandlingstiltakene innen den enkelte døgnhet, herunder pasienttilfredshet, og av effekten av samlokaliseringen/samorganiseringen. Siden SANKS er godkjent som en nasjonal kompetansetjeneste for samisk befolkning også innen TSB, bør kvalitetsforbedringsprosjekter med systematiske målinger være en del av virksomheten. Det bør også utvikles kompetanse på systematisk behandlingsforskning hvor resultatene kan sammenliknes med andres.

10.7 Forholdet mellom psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatiske helsetjenester i Samisk helsepark

Både pasienter innen TSB og PHV vil ha behov for tilgang til somatisk utredning og behandling. Dette sikres først og fremst gjennom et godt samarbeid med pasientens fastlege og ved de legene som arbeider på SANKS. Ruspasienter med uregelmessig livsførsel vil dessuten ha et større behov for somatiske spesialisthelsetjenester enn andre pasientgrupper da rusmiddelavhengighet medfører risiko for alvorlige somatiske tilstander. Behovet vil ofte aktualiseres under institusjonsopphold. Nærhet og tilgjengelighet på legetjenester er derfor viktig. I et integrert spesialisttilbud i Samisk helsepark, vil pasientene innlagt på TSB posten få et nødvendig tilbud der. Dette vil da i første rekke gjelde de somatiske legespesialistene på Spesialistlegesenteret, i sær indremedisiner. Dersom det opprettes rehabiliteringsteam slik utredningen om Samisk helsepark anbefaler, vil også et slikt team gi tilbud til rusmiddelavhengige og være et nyttig supplement til innleggelse. I tillegg vil Lærings- og mestringssenteret gi tilbud til både rusmisbrukeren og hans/hennes pårørende.

10.8 Dimensjonering av døgnhet for psykisk helsevern – SANKS

Døgnavdelingen ved SANKS har de siste årene erfart kraftige kutt i bemanning og reduksjon av sengeplasser, med de negative konsekvensene dette har for driften. Styret for Finnmarkssykehuset HF har nå gjort vedtak om ytterligere reduksjon fra 8 til 6 plasser, i styrevedtaket i sak 98/2013. Reduksjonen i antall plasser vil medføre at Finnmark ligger under den nasjonale normen for antall sengeplasser i PHV og ytterligere under når man tar med at de 6 sengeplassene inkluderer 4 nasjonale senger beregnet på samisk befolkning i landet for øvrig. Dette kan ikke sies å være i tråd med nasjonale føringer. Det skal bemerkes den samme minimumsbemanningen uansett kreves ved en reduksjon av plasser fra 8 til 6. Reduksjonen bør derfor vurderes på nytt sammen med dimensjonering av døgnplasser for TSB. En døgnhet for seg med 6 plasser vil medføre forholdsmessig høy liggedøgnpris og vil ikke svare seg økonomisk dersom den ikke samorganiseres med en TSB post.

11 Forhold knyttet til kompetanse og rekruttering i SANKS og ved Finnmarksklinikken

11.1 Fagmiljøet ved SANKS i Karasjok og Lakselv

SANKS har rekruttert og utdannet spesialister i mange år innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, og har utdannet en rekke fagfolk i ulike videreutdanninger i både voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien. Utdanning vil også være en av de viktigste oppgavene som SANKS har som nasjonalt kompetansetjeneste i framtiden – både innenfor PHV og TSB. SANKS har i dag 7 ansatte med doktorgrad.

11.1.1 SANKS Karasjok

Besatte fagstillinger i Karasjok pr. februar 2014:

- 10 lege- og psykologspesialister
- 14 fagfolk med klinisk videreutdanning (inkl. BUP, ambulant team, PUT, UPA og Familieavdelingen)
- 13 fagfolk under spesialistutdanning eller klinisk videreutdanning (inkl. 1 lege og 5 psykologer i utdanning).
- 2 LIS leger er p.t. under ansettelse
- 15 miljøterapeuter (UPA)

Totalt 49 klinikere (inkl. 2 LIS leger under ansettelse)

- 4 samisktalende spesialister: 2 overleger og 2 psykologspesialister.
- 12 samisktalende fagfolk med klinisk videreutdanning (herunder 3 miljøterapeuter med klinisk videreutdanning).
- 8 samisktalende fagfolk under spesialistutdanning eller videreutdanning.
- 2 samisktalende leger under ansettelse.
- 10 samisktalende miljøterapeuter (herunder 3 med klinisk videreutdanning).

Totalt: 33 samisktalende (inkl. 2 leger under ansettelse) - dvs. 67 % samisktalende klinikere

12 leger og psykologer er fastboende i Karasjok, hvorav 6 lege- og psykologspesialister.

11.1.2 SANKS Lakselv

Besatte fagstillinger i Lakselv pr. februar 2014:

- 6 lege- og psykologspesialister
- 8 fagfolk med klinisk videreutdanning (inkl. VPP, akutteam og avdeling)
- 5 fagfolk under spesialistutdanning eller klinisk videreutdanning (inkl. 1 lege og 3 psykologer i utdanning)
- 17 miljøterapeuter (hvorav 4 psykiatriske hjelpepleiere)

Totalt 35 klinikere

- Ingen samisktalende lege- eller psykologspesialist.
- 6 samisktalende fagfolk med klinisk videreutdanning.
- 2 samisktalende miljøassistenter (psykiatriske hjelpepleiere).

Totalt: 8 samisktalende – dvs. 23 %

1 lege og 3 psykologer er fastboende i Lakselv, herav ingen spesialister. Avdelingsoverlege og en psykologspesialist ambulerer fra Karasjok, de andre ambulerer fra Sør-Norge og Danmark.

11.1.3 Konklusjon

- Det er ansatt flere fagfolk på SANKS Karasjok enn i Lakselv
- Det er ingen fastboende legespesialister eller psykologspesialister ved SANKS i Lakselv
- Det er flere fastboende leger og psykologer i utdanning ved SANKS i Karasjok enn i Lakselv
- Det er høyere % samisktalende klinikere i Karasjok enn i Lakselv (67 % / 23 %)

Til tross for at det generelt er vanskelig å rekruttere fagfolk i Finnmark har SANKS rekruttert meget godt, og har gjennom årene bistått andre steder (Alta og Kirkenes). Rekrutterende faktorer er SANKS-miljøets spesielle fokus på samisk kulturkompetanse, beliggenheten i et samisktalende miljø, og den akademiske / forskerkompetansen, inkludert de nasjonale kompetansefunksjonene.

11.2 Fagmiljøet ved Finnmarksklinikken

Finnmarksklinikken har ikke i samme grad som SANKS i Karasjok greid å rekruttere leger og psykologer. Forklaringene på dette kan være mange. Imidlertid vil en høyere status for fagfeltet, opprettelse av egen spesialitet innen rus- og avhengighetsmedisin, og ikke minst en ny organisering sammen med SANKS i et større fagmiljø som Samisk helsepark, kunne endre situasjonen. At SANKS nå har nasjonal kompetansetjeneste også for rusfeltet, vil styrke rekrutteringsmulighetene ytterligere. En samorganisering med SANKS vil også føre til at fagfolkene tilknyttet PUT (psykiatrisk ungdomsteam som arbeider med rus) blir del av et TSB miljø. I 2014 avslutter en av legene ved PUT sin spesialistutdanning i psykiatri. Denne legen har lang praksis med ruspasienter og en doktorgrad innen rusfeltet og har samisk bakgrunn.

Finnmarksklinikken har totalt 22,3 stillingshjemler (årsverk), hvorav 20,65 er besatt.

Om fagmiljøet:

- 1 overlege, 50 % (spesialist i allmenntidmedisin). Fastboende.
- 1 overlege, 50 % (spesialist i psykiatri/samfunnsmedisin). Ambulerer.
- 1 psykologspesialist, 100 %. Fastboende.
- 1 psykologstilling under utlysning
- 3 fagkonsulenter, med høgskoleutdanning
- Miljøterapeuter/miljøarbeidere (9 hjemler fordelt på 14 ansatte).

Finnmarksklinikken har 10 samisktalende helsepersonell. Over 70 % av miljøterapeutene har samisk som morsmål.

12 Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus

I brev av 24.01.14 godkjente Helse- og omsorgsdepartementet SANKS som samisk nasjonal kompetansetjeneste for både psykisk helsevern og rus. Søknaden hadde i forkant blitt anbefalt av Direktøren i Helse Finnmark og av Helse Nord som formell søker (direktør og styre). Det nye navnet er *Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS)*.

I godkjenningbrevet fra HOD står det at “Samisk nasjonal kompetansetjeneste er utvidet fra å ha ansvar for psykisk helsevern hos samiske pasienter til i tillegg å omfatte tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige”.

Videre heter det at “Departementet presiserer herved at SANKS, som tidligere, kan drive med pasientbehandling og veiledning i pasientbehandling for pasienter fra hele landet”. Flere nasjonale kompetansetjenester er knyttet til klinisk virksomhet. Kliniske tjenester vil understøtte oppgavene kompetansetjeneste har, slik at kompetansetjenestefunksjonen kan ivaretas på best mulig måte.

Som kompetansetjeneste skal SANKS ivareta følgende oppgaver innenfor sitt ansvarsområde:

- Bygge opp og formidle kompetanse
- Overvåke og formidle behandlingsresultater
- Delta i forskning og etablering i forskernettverk
- Bidra i relevant undervisning
- Sørge for veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning til helsetjenesten, andre tjenesteytere og brukere
- Iverksette tiltak for å sikre likeverdig tilgang til nasjonale kompetansetjenester
- Bidra til implementering av nasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis
- Etablere faglige referansegrupper
- Rapportere årlig til departementet eller til det organ som departementet bestemmer

Som nasjonal kompetansetjeneste skal SANKS samarbeide nært med kliniske miljøer i hele landet med formål å bedre behandlingstilbudet til samiske pasienter. Dette krever kompetanse på å bruk av anerkjente kartleggingsverktøy og dokumenterte behandlingsmetoder, drift av kvalitetsforbedringsprosjekter med systematiske målinger og kompetanse på systematisk behandlingsforskning. Oppbygging av slik kompetanse vil ikke være mulig uten også drift av klinisk virksomhet, inkl. sengeplasser og poliklinikk.

Dette samsvarer med Finnmarkssykehusets egne mål innen området forskning og innovasjon ”Økt omfang av og implementering av klinisk pasientrettet forskning, helsetjenesteforskning og innovasjoner som bidrar til økt kvalitet, pasientsikkerhet, kostnadseffektivitet og mer helhetlige pasientforløp”.

13 Samisk helsepark - Sámi dearvvašvuoda siida

Et av delprosjektene i “Videreutvikling og ny organisering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – Nye psykisk helsevern og rusbehandling i Finnmarkssykehuset HF” var “Utredning og komme med anbefalinger om innhold og organisering av spesialisthelsetjenestetilbudet i Samisk helsepark - Sámi dearvvašvuoda siida” I mandatet til denne arbeidsgruppa lå bl.a. følgende (pkt 6):

“Utredning og komme med anbefalinger om innhold og organisering av de samlede spesialisthelsetilbudene i Sámi dearvvašvuoda siida – Samisk helsepark, herunder vurdere nytten av en samorganisering av spesialisthelsetjenestene innen psykiatri/barne- og ungdomspsykiatri, TSB/rus og somatikk”

Styret for Finnmarkssykehuset vedtok i sak 98/2013 at “Spesialistlegesenteret samlokaliseres med SANKS i Karasjok i 2016. Utviklingsarbeidet av Samisk helsepark knyttes til arbeidet med Strategisk utviklingsplan for Finnmarkssykehuset HF.”

En hovedhensikt med strategisk utviklingsplan for Finnmarkssykehuset er å skape framtidige robuste og bærekraftige fagmiljøer. Man ønsker å utvikle større fagmiljøer med god nok kapasitet og som kan levere høy kvalitet. Samisk helsepark i Karasjok er tenkt å være ett av disse fagmiljøene, med et særlig ansvar for tjenester til den samiske befolkningen. Begrepet ”helsepark” innebærer samlokalisering og/eller samorganisering av flere forskjellige helsetilbud på samme sted. Utredningen som ble gjort i 2013 om organisering og innhold i Samisk helsepark, anbefaler en samlokalisering i Karasjok av tjenester innen PHV, TSB og somatiske helsetjenester, i tillegg til LMS senter (lærings- og mestringscenter for pasienter med kroniske lidelser) og forskningsenhet (Spesialistlegesenteret på samme plass som BUP, PHV voksne og TSB ved Finnmarksklinikken). På den måten vil man kunne oppnå synergieffekter og bruke begrensede ressurser mest mulig effektivt og samordnet.

Selv om Samisk helsepark vil ha en særlig behandlingskompetanse rettet mot samiske pasienter, vil også resten av fylkets befolkning kunne benytte den fagkompetansen som vil forefinnes ved senteret. Dette er allerede tilfelle for dagens spesialisthelsetjenestetilbud i SANKS. Med fritt sykehusvalg kan pasientene velge fritt hvor de vil ha behandling – det vil også gjelde for tilbudene i Samisk helsepark.¹

Det forutsettes videre at nåværende og framtidige døgninstitusjoner innen PHV og TSB i Karasjok/Lakselv inngår i fagnettverk sammen med andre institusjoner i fylket innen samme fagfelt, og at det er et nært samarbeid enhetene imellom når det gjelder inntak av pasienter. Med venteliste ett sted, men ledig kapasitet et annet, forutsettes det at pasientene tas i mot på det stedet som har ledig kapasitet (jfr. utredningsrapporten vedr. døgnbehandling fra 2013).

14 Lokaler i Karasjok og Lakselv

For å få til den synergieffekten man forventer med samdrift i turnus på kveld/natt/helg og i lavdriftsperioder og samordning av stabsfunksjoner er det nødvendig at de to postene samorganiseres og har nærhet til hverandre. Da vil man også kunne få synergieffekter ved felles bruk av noe av arealene og på den måten spare investeringer og FDV-kostander.

Denne utredningen ser på behovet for lokaler for de to døgntilbudene og lokalisering av en felles døgnenhet med to poster. En vurdering av investeringsbehov, drift av bygningsmasse (FDV-kostnader) og finanskostnader blir utarbeidet særskilt.

14.1 Døgnplasser rusbehandling ved Finnmarksklinikken i Karasjok

Finnmarksklinikken (FMKL) er organisert under Klinikken for psykisk helsevern og rus. De har 12 sengeplasser og ligger 2 km fra Karasjok sentrum. Helse Nord RHF satte av 30 millioner i investeringsbudsjettet til renovering og nybygg ved Finnmarksklinikken i sak 72-2010. I saksframlegget til sak 98/2013 i styret for Finnmarkssykehuset vises det til vedtak fra styresak 89/2012 Budsjett 2013 – 2016 og investeringsbudsjett 2013, pkt. 7: “Boligdelen i

Finnmarksklinikken avventes inntil endelig vedtak knyttet til modell for fremtidig tilbud innen TSB foreligger, jfr. styresak 7/2012.” Dette innebærer at noe av FMKL er nybygd/pusset opp, men at deler av det byggearbeidet som var planlagt er satt på vent.

Finnmarksklinikken består av en hovedbygning med blant annet kjøkkenavd, frys, kjøle, lager, toaletter, varemottak, spiserom/stue, stue/undervisningsrom, hems med data, TV og bibliotek, flere aktivitetsrom av forskjellig størrelse, medisinrom/utdelingsrom, urinlab/prøvetaking, 2 grupperom, nattevaksrom, 2 lager, lintøyrom, vaskerom for pasienter, vaktrom/rapportrom, sentralbord/førstekonsulent, kopirom, legekontor/laboratorie samt 3 kontorer.

I tillegg er det 4 kontorer, samt møte-/telematikkrom i en av paviljongene. To andre paviljonger består hver av 5 rom, bad m/dusj og toalett, samt et stort oppholdsrom m/hybelkjøkken. Tilknyttet institusjonen finnes det 4 store leiligheter på 90 m² og 2 mindre på 60 m².

Utearealene er på 40000 m² med garasje/utebod, lavvo, røykebu for pasienter, uteterasse, plass for ballspill etc.

14.2 Døgnplasser psykisk helsevern ved SANKS i Lakselv

Døgnenheten DPS-Midt-finnmark/SANKS i Lakselv har i dag 8 sengeplasser, lokalisert sentralt i Lakselv. Hovedhuset, inkl døgnenheten ble renoverert i 2006 og har 10 pasientrom, som alle oppfyller dagens krav til standard med dusj og toalett. Til døgnenheten hører ergoterapiavdeling, oppholdsrom/stue, kjøkken, vaktrom, mottaksrom, møterom, tre kontor, medisinrom, arbeidsrom med tre arbeidsstasjoner, to vaskerom, lintøylager, lager og pauserom for ansatte. I fellesarealene (døgnavdelingen, akutteamet, voksenpsykiatrisk poliklinikk og administrasjon) er det to telematikkstudio/undervisningsrom og venterom. Det er beplantede utearealer med sittegrupper, redskapsbod og røykebod for pasienter.

I nærheten av hovedhuset er det i tillegg 16 leiligheter. 8 av disse er bygget i 1970 (48 m²) og 8 i 1981 (53-106 m²). 9 av leilighetene leies ut til egne ansatte, 6 til folk fra Porsanger, mens 1 for tiden er ubebodd (skal bytte kjøkken).

14.3 Vurdering av bruk av lokalene ved Finnmarksklinikken i Karasjok til en felles døgnenhet

Ved fortsatt bruk av Finnmarksklinikken i Karasjok til døgntilbud TSB, må det bygges pasientrom og fellesrom i henhold til tidligere planer. Dersom døgnpost for PHV skal samlokaliseres med denne, må det i tillegg til bygges pasientrom og fellesrom for denne. I en slik byggeprosess kan ca 600 m² brukes av begge poster og man vil oppnå synergieffekter i forhold til investeringer og FDV-kostnader.

14.4 Vurdering lokalene i Lakselv til bruk for en felles døgnenhet

Lokalene til døgnenheten for PHV i Lakselv er tilfredsstillende både mht. kapasitet og standard til dagens formål. Med en reduksjon til 6 sengeplasser, slik styret har vedtatt i sak 98/2013, vil det være fire “ledige rom” i døgnenheten for psykisk helsevern i Lakselv. Disse er integrert i døgnenheten og kan ikke uten videre brukes i forbindelse med en post for rusbehandling. Leilighetene på området rundt hovedhuset er heller ikke egnet til TSB.

Finmarksklinikken vurderer det slik at dersom døgnpost for rus skal flyttes til Lakselv, vil det kun være flytting til 2. etasje i hovedbygget, som er relevant. Denne etasjen brukes i dag til kontorer, møterom og venterom for akutteamet, voksenpsykiatrisk poliklinikk og administrasjon. Rehabiliteringsboligene vil ikke kunne fungere som et ”godt nok” behandlingsmiljø for TSB-pasienter. God TSB-behandling skal bestå av en klar og meningsfylt struktur, både i forhold til de daglige gjøremål ved døgnheten, i utrednings- og behandlingsprosesser. Miljøterapi, gruppeterapi og gruppeprosesser er viktig i behandlingen, og kostnadseffektivt. Utforming av avdelingen må tilrettelegges og ivareta dette. Dessuten er det viktig, at avdelingen er plassert slik at det i størst mulig grad vanskeliggjør tilbud om (fra utenforstående), bruk og tilgjengelighet av ulike rusmidler. Man bør kunne skjerme pasientene fra rusmiljøet og eventuelle ”pengeinnkrevere”. Landsdekkende pasientundersøkelse for TSB (okt 2013), viser at pasientene føler seg trygge på institusjoner som ligger i et oversiktlig og noe skjermet område.

Finmarksklinikken vektlegger dessuten uteareal i forbindelse med mestring, fysisk aktivitet og trening. Dette er viktige elementer i dagens rusbehandling. Tilpasset uteareal finnes ikke i nær tilknytning til døgnheten i Lakselv.

15 Budsjettmessige konsekvenser/bærekraft

15.1 Driftskostnader i forhold til antall senger

Det er gjort en rekke utregninger av ulike scenarier i forhold til dimensjonering og lokalisering. Her presenteres bærekraft i Midt-Finnmark ut ifra antall senger innen PHV og TSB og driftskostnader for 6 – 14 senger i Alta. Alle tall er eksklusiv FDV (avskrivning).

Bærekraft ved etablering av felles døgnhet i Midt-Finnmark

	8 TSB-plasser + 6 PHV-plasser	6 TSB-plasser + 6 PHV-plasser	8 TSB-plasser + 8 PHV-plasser
Samlokalisering i Karasjok	8 703	8 788	8 618
Samlokalisering i Lakselv	7 755	8 005	7 504

Alle tall i 1000 kroner

Driftsutgifter ved døgnhet for TSB i Alta

6 TSB-plasser	8 TSB-plasser	12 TSB-plasser	14 TSB-plasser
12 011	12 247	21 897	25 512

Alle tall i 1000 kroner

Som det går fram av disse tallene, er det bare en liten kostnadsøkning fra 6 til 8 senger. Dette fordi samdrift mht. turnus, stabsfunksjoner og synergieffekt ved bruk av felles rom i liten grad endres. Tallene fra Alta viser at dersom man foretar en ytterligere økning, vil synergieffekten reduseres betraktelig. Endelige driftsutgifter inkludert FVD avhenger av hvilke investeringer som er nødvendige. Styrevedtaket om reduksjon til 6 sengeplasser PHV i Midt-Finnmark bør derfor vurderes med tanke på å redusere gjestepasientkostnadene uten stor utgiftsøkninger.

15.2 Investeringer: synergieffekter ved samlokalisering

Behov for investeringer ved de ulike alternativene vil bli utredet særskilt i “Økonomisk utredning av alternative lokalisasjoner for Rus og PH”.

15.3 Økonomiske konsekvenser ved samlokalisering av TSB og PHV i Midt-Finnmark

Beregning av bærekraft for de to alternativene er gjort med utgangspunkt i budsjett 2012. Se tabell over. Det gjøres oppmerksom på at det er brukt anslagstall for samlokalisering og samdrift i forhold til budsjetterte lønns- og driftsutgifter. Sammenligningen mellom modellene er likevel mulig, da dette er tatt hensyn til i begge modellene. Det er ifølge tidligere beregninger gjort anslag på at det vil være nødvendig med totalt 24 ansatte for å dekke turnusen i en felles døgnetenhet, der man kan ha felles turnus natt, helg og høytider. Dersom anbefalingene fra klinikkledelsen følges opp bør det være 32 ansatte for til sammen 16 plasser. Dette inkluderer leder, nestleder, stab og sekretær.

Beregningen viser at en samlokalisering i Karasjok med 8 plasser TSB og 6 plasser PHV er beregnet til å gi bidrag til bærekraft med kr 8 703 291, mens bidrag til bærekraft ved en samlokalisering i Lakselv er beregnet til kr 7 755 237. Her er det ikke tatt hensyn til regnskapstall. I Lakselv var det budsjettert med kr 1 000 979 til refusjon av kjøkkentjenester til Porsanger kommune, men kravet var på kr 1 327 609 for 2012. Dette medfører et høyere beløp til bidrag til bærekraft ved samdrift i Karasjok.

16 Konsekvenser for pasienter og ansatte ved flytting

Det vil bli gjennomført ROS-analyser vedr. evt. flytting av døgnetenhet for PHV til Karasjok eller døgnetenhet for TSB til Lakselv 25. februar 2014. Resultatene fra disse kan derfor ikke legges inn i denne utredningen som ferdigstilles 17. februar 2014.



Delutredning:

Økonomiske vurderinger knyttet opp mot de ulike alternative lokalisasjoner for Rus og PH, sett fra bygningsmessig perspektiv.



Kirkenes 18.02.2014



Sammendrag

Styret i Finnmarkssykehuset vedtok i styresak 98/2013 en prosess for videre arbeid med "Videreutvikling og ny organisering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – Nye psykisk helsevern og rusbehandling i Finnmarkssykehuset HF".

På bakgrunn av dette opprettet administrerende direktør en økonomisk beregningsgruppe som skulle utrede økonomiske konsekvenser for følgende 5 alternativer:

- 12+2 RUS-plasser + 5 nye PH i Alta og 6-8 PH i Lakselv
- 12+2 RUS-plasser + 5 nye PH i Alta og 6-8 PH ved FKL
- 6+2 RUS-plasser + 5 PH nye i Alta og 6 RUS + 6 PH ved FKL
- 6+2 RUS-plasser + 5 PH nye i Alta og 6 RUS + 6 PH i Lakselv
- 6+2 RUS-plasser + 5 PH nye i Alta og 6 RUS i Karasjok og 6-8 PH i Lakselv

Ut fra dette er følgende tabell med beregninger utarbeidet:

	Alternativ 1	Alternativ 2 ¹⁾	Alternativ 3	Alternativ 4 ²⁾	Alternativ 5
Total investering	kr 70 000 000,00	kr 85 600 000,00	kr 72 700 000,00	kr 62 100 000,00	kr 62 100 000,00
Antall kvm nytt areal	Alta1360	Alta1360+FKL360	Alta850+FKL720	Alta850+Lakselv360	Alta850+FKL360
Behov egenkapital	kr 21 000 000,00	kr 25 680 000,00	kr 21 810 000,00	kr 18 630 000,00	kr 18 630 000,00
Finans (70%³⁾ av investering 1. år, 3,5%⁴⁾ rente)	kr 1 715 000,00	kr 2 097 200,00	kr 1 781 150,00	kr 1 521 450,00	kr 1 521 450,00
Avskrivninger (26,4 år⁵⁾)	kr 2 651 515,15	kr 3 242 424,24	kr 2 753 787,88	kr 2 352 272,73	kr 2 352 272,73
Økt FDVU nybygg (1000 FSHF, 668 Alta)	kr 908 480,00	kr 1 268 480,00	kr 1 287 800,00	kr 927 800,00	kr 927 800,00
Bortfall FDVU avhendet/nedlagt⁶⁾	kr -3 478 000,00	kr -4 320 000,00	kr -4 320 000,00	kr -3 478 000,00	kr -2 400 000,00
Antall kvm bortfall	Jansnes3545+ FKL1078	Jansnes3545+ Lakselv1920	Jansnes3545+ Lakselv1920	Jansnes3545+ FKL1078	Jansnes3545
Årlig ekstra kostnad⁷⁾	kr 1 796 995,15	kr 2 288 104,24	kr 1 502 737,88	kr 1 323 522,73	kr 2 401 522,73

Forutsetninger som er tatt i denne beregningen, i tillegg til det som forklares i tekst under alternativene i kapittel 5:

- 1) Det er valgt å beregne dette med 6 plasser til PH lokalisert ved FKL.
- 2) Det er valgt å beregne dette med 360 kvm nybygg i Lakselv.
- 3) Finnmarkssykehuset låner 70% av totalinvesteringen.
- 4) Finnmarkssykehuset betaler 3,5% rente.
- 5) Helse Nord avskriver bygg på 26,4 år
- 6) I tallene for FDVU er det for Jansnes tatt med endring av matkostnad.
- 7) Årlig kostnad vil gradvis minke pga at rentekostnaden blir mindre når lånet minker.

De prognostiserte resultatene i denne økonomiske vurderingen gir bare estimater på finans, avskrivningskostnader og driftskostnader for bygningene i de ulike alternativene. For Jansnes er endring i matvarekostnader, ved flytting til Alta Helse senter, tatt inn sammen med FDVU-kostnadsendringer. Dette er gjort pga at disse kostnadsendringene er kjent og de vil ikke påvirke forskjellen mellom alternativene, på grunn av at dette omhandler alle alternativer.

Kliniske personalkostnader og kliniske driftskostnader er ikke hensyntatt i disse estimatene. Personalkostnadene utgjør en stor del av budsjettet til klinikken, sammen med

gjestepasientkostnader. Dette er store kostnader som kan påvirkes ved valg av alternativ. Forskjellen på ”dyreste” og ”billigste” alternativ for selve bygningene er i denne sammenheng rimelig ubetydelig.

Det vil selvsagt kunne være et tema å vurdere om avskrivning av dagens bygningsmasse skal tas med i estimatene, men siden det er umulig å si noe klart om evt salgsverdi på Lakselv og Finnmarksklinikken er det valgt og ikke bruke denne faktoren i estimatene. Det presiseres derimot sterkt at dette vil påvirke foretakets økonomi i forbindelse med avhending/nedlegging.

Videre bør det legges stor vekt på hva som vil gi det kvalitetsmessig beste tilbudet til pasientene og det må gjøres en grundig vurdering med hensyn til foretakets mulighet til å investere, knyttet opp til likviditet og mulighet for låneopptak.

SAMMENDRAG	2
1.0 INNLEDNING	5
2.0 STANDARD, AREAL OG UTNYTTELSE AV TILGJENGELIG BYGNINGSMASSE I DAG.	6
2.1 TANA	6
2.2 LAKSELV	7
2.3 KARASJOK - FKL	8
2.4 JANSNES	9
2.5 ALTA SENTRUM	10
3.0 INVESTERINGSKOSTNADER OG FDV KOSTNADER VED NYBYGG.	10
3.1 FRITTSTÅENDE BYGG	11
3.2 INTEGRERTE BYGG	11
3.3 REFERANSEPROSJEKT – HELGELANDSSYKEHUSET RUS	11
4.0 BEREGNINGSGRUPPENS FORUTSETNINGER FOR ALTERNATIVER	11
5.0 ØKONOMISKE BETRAKTNINGER VED ALTERNATIVE Plasseringer	12
5.1 5 EKSTRA PH I ALTA + ALL RUS I ALTA SENTRUM (12 + 2 AVRUSNING) OG 6-8 PH I LAKSELV.	13
5.2 5 EKSTRA PH I ALTA + ALL RUS I ALTA SENTRUM (12 + 2 AVRUSNING) OG 6-8 PH VED FKL.	13
5.3 5 EKSTRA PH I ALTA + 6 (+2 AVRUSNING) RUS I ALTA OG 6 RUS + 6 PH VED FKL.	14
5.4 5 EKSTRA PH I ALTA + 6 (+2 AVRUSNING) RUS I ALTA OG 6 RUS + 6 PH I LAKSELV.	14
5.5 5 EKSTRA PH I ALTA + 6 (+2 AVRUSNING) RUS I ALTA + 6 RUS FKL OG 6-8 PH I LAKSELV	15
6.0 BETRAKTNINGER RUNDT MULIG AVHENDING AV BYGG	16
7.0 ANBEFALING BASERT PÅ ØKONOMISKE BETRAKTNINGER	16



1.0 Innledning

Styret i Finnmarkssykehuset vedtok i styresak 98/2013 en prosess for videre arbeid med **”Videreutvikling og ny organisering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – Nye psykisk helsevern og rusbehandling i Finnmarkssykehuset HF”**

Vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF vedtar følgende prinsipper for ny organisering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB):
 - a. Det etableres et 24/7 akuttilbud innen psykisk helsevern i 2014 i samarbeid mellom DPS-ene basert på bakvaktordning og bruk av lyd/bilde-kommunikasjon.
 - b. Det etableres tre ambulante psykiatriske akutteam (APAT) innen psykisk helsevern tilknyttet DPS - ene. Det første teamet etableres i 2014 og organiseres under DPS Vest-Finnmark.
 - c. Rusteamet i Alta videreutvikles og det opprettes rusteam i Hammerfest og Kirkenes i 2014.
 - d. Antallet døgnplasser innen psykisk helsevern reduseres fra 37 til 31 i 2016.
 - Døgnetenheten i Alta utvides fra 10 til 15 plasser fra 2016.
 - Døgnetenheten i Tana videreutvikles faglig med 10 døgnplasser.
 - Døgnetenheten på Jansnes legges ned 1. januar 2015.
 - Kapasitet ved døgnenhetene i Lakselv, Tana og Post Alta brukes ved kapasitetsproblemer inntil permanente løsninger er på plass ved døgnenheten i Alta.
 - Døgnetenheten i Midt-Finnmark reduseres fra 8 til 6 plasser (inkl. 4 nasjonale senger/samisk befolkning). Lokalisering besluttet i styremøtet 20. mars 2014. Styret ber om å få fremlagt en samlet vurdering av konsekvenser, styrker og svakheter av ulike alternativer, der blant annet forhold knyttet til rekruttering, investeringsbehov, drifts- og finanskostnader og tilknytning til Samisk helsepark inngår.
 - e. Beslutning om dimensjonering og lokalisering av døgntilbudet innen rusbehandling vil bli gjort i styremøtet 20. mars 2014. Styret ber om å få fremlagt en vurdering av ulike alternativer, herunder samlokalisering med døgnplasser innen psykisk helsevern i Karasjok og Lakselv og samling av all rusbehandling i Alta (jfr. Styrevedtak 71/2012). Forhold knyttet til rekruttering, investeringsbehov, drifts- og finanskostnader og ivaretagelse av samiske pasienter skal inngå.
 - f. Spesialistlegesenteret samlokaliseres med SANKS i Karasjok i 2016. Utviklingsarbeidet av Samisk helsepark knyttes til arbeidet med Strategisk Utviklingsplan for Finnmarkssykehuset HF.
2. Styret forventer at de foreslåtte strukturendringene i tilbudet bidrar til betydelig reduksjon av gjestepasientkostnadene innen psykisk helsevern og rus.
3. Styret ber Administrerende direktør om å planlegge, iverksette og implementere styrets vedtak.

Enstemmig vedtatt

Administrerende direktør klargjorde i etterkant av dette de ulike alternativene som skulle utredes og samstemte dette med styreleder:

1. samle all rus i Alta (innebærer nedleggelse av Finnmarksklinikken) (under dette utredningspunktet er det **to** alternativer for døgnplassene i psykiatri i Midt - Finnmark)
 - a) opprettholde 6/8 plasser i psykiatri i Lakselv
 - b) flytte 6/8 plasser i psykiatri fra Lakselv til Karasjok (som medfører investering i nybygg i Karasjok)

2. *Samle rus og psykiatri i Karasjok (6 plasser rus og 6 plasser for psykiatri = 12 plasser). Dette alternativet forutsetter 6 – 8 døgnplasser for rus i Alta for å opprettholde (eller øke) total antall døgnplasser innenfor rusfeltet i Finnmarkssykehuset. Finnmarksklinikken integreres med psykiatri i denne modellen. Forutsetter også nybygg for rus og psykiatri i Karasjok.*
3. *Samle rus og psykiatri i Lakselv og Alta (medfører nedleggelse av Finnmarksklinikken + ingen oppbygging av døgnplasser for rus/psykiatri i Karasjok). Dette alternativet krever noe ombygging av eksisterende anlegg i Lakselv.*

Tolkning av vedtaket har adm dir samstemt mot både styrets leder og nestleder.

For å følge opp dette vedtaket i praksis har administrerende direktør, sammen med klinikkssjef i PHR, opprettet en arbeidsgruppe som skal se på økonomiske konsekvenser, ut fra et bygningsmessig perspektiv, knyttet til de forskjellige alternativene. Denne gruppen ledes av Økonomisjef og Drifts- og eiendomssjef og skal levere en rapport til overordnet prosjektgruppe innen 17. Februar. Denne rapporten skal benyttes som grunnlag for den endelige styresaken.

Denne arbeidsgruppen består av følgende:

- Økonomisjef, Stein Erik Breivikås
- Drifts- og eiendomssjef, Øyvind S Grongstad
- Avdelingsleder SDE, Jan-Egil Blix
- Avdelingsleder budsjett og analyse, Trude Jensen
- Leder SANKS/DPS Midt, Gunn Heatta
- Leder DPS Vest, Robert Kechter

Gruppen har tatt utgangspunkt i de forskjellige alternativene som skisseres i styrevedtaket og satt opp analyser og beregninger som skal beskrive de ulike bygningsmessige alternativene.

2.0 Standard, areal og utnyttelse av tilgjengelig bygningsmasse i dag.

2.1 Tana

Arealer i Tana, DPS Øst, døgnenheten:

DPS – øst Tana er bygget i 1976 og er totalt 1989 kvm. Bygger er delt i 2 hovedlokasjoner. Den ene lokasjonen er døgnavdelingen for pasienter, mens den andre inneholder kontorer, møterom, renholdssentral, bibliotek, kjøkken og kantine.

Ved døgnenheten var det før siste omstilling 16 pasientrom med eget bad. I dag brukes 2 av disse til kontor. Av de 14 resterende rommene er 11 rom til pasientbruk. Vi har 10 sengeplasser, og har 1 rom i reserve. De tre gjenstående pasientrommene med eget bad brukes forholdsvis til lager, utredning/samtalerom og aktivitetsrom. Det er uproblematisk å omgjøre disse rommene til pasientbruk igjen.

Døgnenheten ble pusset opp og renoverert i 2006, og standarden på alle rom er god. En arealtegning før oppussingen i 2006 viser 20 pasientrom, men det er usikkert om alle rom hadde eget bad.

Planer fremover:

Ta i bruk det største pasientrommet til skjerming. Brukes i dag til aktivitetsrom.

Flytte aktivitetsrommet til peisestua/oppholdsrom.

Ved døgnenheten i Tana kan vi øke kapasiteten fra 10 til 16 sengeposter uten at dette medfører bygningskostnader. 15 ordinære pasientrom og ett til skjerming.

Boliger

I tillegg til døgnavdelingen for pasienter, disponerer DPS- øst 5 boenheter som er tilknyttet pasientbehandling /ettervern. Boligene er i tilknytning til hovedbygget.

2.2 Lakselv

Bygningsmassen består av et hovedbygg i 2 etasjer, der 1. etg er 1200 kvm og 2. etg 719 kvm. Hovedhuset er nyrenovert i 2006 og består av følgende fasiliteter:

Døgnenheten 1. etasje:

Ergoterapiavdeling, 10 pasient rom med egne bad, oppholdsrom/stue, kjøkken, vaktrom, mottaksrom, møterom, 3 kontorer, medisinerom, arbeidsrom med 3 arbeidsstasjoner, 2 vaskerom, lintøylager, lager, pauserom for ansatte.

Fellesarealer:

2 telematikkstudioer / undervisningsrom, venterom

VPP / akutteam / administrasjon 2. etasje:

21 kontorer, pauserom for ansatte, resepsjon med 3 arbeidsplasser.

Underetasjen:

Lager, vaskerom, dusj og toaletter.

Utearealer:

Beplanta utearealer med sittegruppe, redskapsbod og røykebod for pasienter.

Boliger:

16 boligenheter i umiddelbar nærhet til hovedhuset.

8 leiligheter i Peder Sivertsens vei 8-10:

- Bygget i 1970
- 48 m²
- 5 stk leies ut til ansatte (i hovedsak spesialister), 3 til folk fra Porsanger

8 leiligheter i Peder Sivertsens vei 14-18 (hvert nr har to leiligheter):

- Bygget i 1981
- 14: 71 m²
- 16: 53 m²
- 18A: 106 m²

- 18B: 53 m²
- 4 stk leies ut til ansatte, 3 stk til folk fra Porsanger og 1 stk ubebodd da det skal byttes kjøkken

2.3 Karasjok - FKL

Finnmarksklinikken er et behandlings- og rehabiliteringstilbud for rusmiddelavhengige i Finnmark og er totalt 1078 kvm inkludert paviljongene. Klinikken består av totalt av 6 bygg. Hovedbygget ble ført opp i 1979. I 1980 ble det bygget fire paviljonger. Den fjerde paviljongen er revet som følge av totalskade etter brann. I 2011 ble hovedbygget utvidet med et tilbygg på 190 kvm BRA.

Eksisterende del, plan 1 og 2

Hovedbygget har et samlet BTA på 751 kvm som i hovedsak er fordelt på 2 etasjer. Underetasjen består av gruppeterapirom, kontorer, lager og bomberom (benyttes til biljard / dartspill). Plan 1 består av vestibyle, vaktrom, kontorer, poliklinikk, spisesal og kjøkken. Bygget har også en hems som benyttes som bibliotek.

Plan 1, tilbygg

Tilbygget rommer kontor, garderobes, toalett for kjøkkenpersonal. Bygget rommer også areal for mellomlagring, kjølerom, fryserom, grønnsakslager og tørrvarelager. I forbindelse med utvidelsen ble kjøkkenet ombygd, utvidet og totalrehabilitert. I tillegg er alt av utstyrt kjøpt nytt i forbindelse med rehabiliteringen. Kjøkkenet fremstår som nytt og moderne.

Plan 2, tilbygg

Plan 2 rommer stor fellesstue/opphold og gruppeterapirom. I tillegg har plan 2 utgang til takterrasse med god utsikt og solforhold. Fellestuen er kalt av arkitekten for "utsiktsstua".

Paviljonger

Paviljonger A og B benyttes til pasientovernatting. Paviljong C benyttes til administrasjon og møterom som innehar telematikk. Hver av paviljongene har en BTA på 109 kvm.

Det står to eneboliger på tomheten i dag som det er knyttet usikkerhet til eierskapet, foretaket har trolig overtatt boligene fra kommunen uten at det er tinglyst. Boligene brukes i dag som Husvær for de ansatte

Uteareal

Finnmarksklinikken er ca 1 km utenfor Karasjok sentrum i retning Kautokeino på riksvei 92. Eiendommen ligger i et forholdsvis flatt terreng. Massene består i hovedsak av finsand. Eiendommen har god elastisitet. God plass for utvidelse av bygg og utenomhusanlegg som for eksempel "sanehage"

Videreutvikling

Det Finnmarksklinikken mangler i dag er tilfredsstillende pasientrom. Pr i dag er det 10 sengeplasser, fordelt på 2 paviljonger. I paviljongene deler 5 person et bad og fellestue. De 5 enkeltrommene er trange med begrensede muligheter for å kunne trekke seg tilbake.

Den delen av hovedbygget som ble rehabilitert i forbindelse med utvidelsen fremstår som nytt og moderne. Det gjenstår allikevel en del bygningmessige tiltak på den delen som ikke ble berørt av utvidelsen. Det gjelder kontor og poliklinikkdelen.

Tiltakene er som følger:

- Skifting av vinduer.
- Innvendig etterisolering, vegg og himling.
- Maling av yttervegg.
- Skifting av tak og takrenner.
- Nye overflater innvendig.

Tekniske anlegg som brann og ventilasjon er lagt nytt i forbindelse med utvidelsen / rehabiliteringen.

Konklusjon videreutvikling:

- Nye pasientrom som bygges i tilknytning til hovedbygget. Hver av pasientrommene planlegges med eget bad.
- Bygningmessige tiltak på kontor og poliklinikkdelen av hovedbygget.
- Eventuelle ytterlige behov for kontor og poliklinisk behandling, kan paviljongene benyttes. Dette krever selvfølgelig innvendig ombygging og rehabilitering. Dette gjelder både bygningmessig og tekniske anlegg.

2.4 Jansnes

Jansnes ble bygd i 1960 og tatt i bruk 1962. Hovedbygget ble påbygd i 1985. Pasientrommene har fått overflatebehandling i årenes løp men er ikke blitt oppdatert til dagens standard. Det finnes ikke bad på rommene.

Bygningsmassen på Jansnes er fordelt på 3 adskilte bygg, hovedhuset, administrasjonen og "Kolonien" med en samlet flate på 3545 kvm. I tillegg kommer garasje, redskapshus, naust og grillstue ved sjøen samt en stor hytte med anneks i Småvannsmarka.

Hovedhuset består av 2425 kvm og er i henhold til Brannlovens § 22 - særskilt brannobjekt.

Pr i dag rommer hovedhuset 15 døgnplasser (9 av disse er i drift), hvor 2 av pasientrommene har egne bad. Her er videre 2 store baderom som begge er nyrenovert i 2007 og 2008, samt 4 mindre toalett / dusjrom for pasientene. Videre er det en felles storstue, 2 mindre stuer, 2 mindre kjøkken samt 2 vaktrom og 4 kontor. Her er biljard, solarium, musikkrom og kapell/ bårerom.

Hovedhuset rommer 2 medisinrom. Et av disse er modernisert i 2009, og fungerer som lager og arbeidsplass ved administrering av medikamenter.

I tillegg er det i hovedhuset et oppgradert storkjøkken med tilhørende grovkjøkken og kjøle-/fryselagerplass. En ny kantine stod ferdig og ble satt i drift høsten 2007.

Hovedhuset har dessuten vaskeri, verksted og pauserom. Det er godt med plass både inne og på tilliggende utearealer.

I administrasjonsbygget er det resepsjon, kontorer, bibliotek, telematikk- og møterom. Her er også 5 hybler / leiligheter som har vært brukt i forbindelse med bo-trening, men som nå benyttes til pårørende og i forbindelse med besøk. I dette bygget ligger også det nye treningsrommet med 2 bad, og en sauna med dusj.

Et tredje bygg som kalles Kolonien har tidligere rommet en avdeling. Her er det 5 rom i tillegg til 2 bad, stue, kjøkken og vaktrom. Lokalitetene brukes i dag regelmessig av gruppeterapeutisk team og psykiateren men også av studenter og avdelingspersonale i forbindelse med møter og seminarer.

Nødvendige oppdateringer av det tekniske anlegget er blitt gjennomført de siste årene for å sikre teknisk forsvarlig drift.

2.5 Alta sentrum

Lokalene til DPS Vest-Finnmark ble tatt i bruk i 2001 i etasjen over den somatiske spesialistpoliklinikken ved Alta helsesenter med en flate på 1028 m². I motsetning til arealet til spesialistpoliklinikken eier Finnmarkssykehuset arealet til DPS Vest-Finnmark. Arealet i 2. etasje brukes i dag av voksenpsykiatrisk poliklinikk og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. I 2007 ble det ferdigstilt en 3. etg til Post Alta og 10 sengeplasser ble overført fra Talvik til Alta. Post Alta ble ikke åpnet i 2007, rett etter ferdigstilling av lokalene, da det p.g.a plassmangel i 2. etg var nødvendig med en fortetting av kontorene til poliklinikkene. Dette måtte til for å gi plass til alle ansatte man hadde budsjett til og som var nødvendig i forhold til befolkningsgrunnlaget. Under byggeperioden ble lokalene til Post Alta midlertidig tatt i bruk. Post Alta ble startet opp i 2008 og har et areal på 1220 m². I starten hadde også DPS administrasjon og Klinikk administrasjon sitt tilholdssted i 3. etg. Befolkningsveksten generelt, opprettelsen av rusteamet og APAt temaet har gjort at DPS administrasjonen og klinikkadministrasjonen i dag leier lokaler utenfor Alta helsesenter. Dette gjør også rusteamet og dagavdelingen. Voksenpsykiatrisk poliklinikk og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk har deler av kontorene sine i lokalene til Post Alta på grunn av plassmangel. Dette er ikke en tilfredsstillende løsning. Ved en eventuell bygging i Alta er det derfor viktig at arealet i 3. etg brukes til døgnbehandling (psykisk helsevern og rus) og arealet i 2. etg utvides til bruk av voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien for å samle alle tjenester i et bygg. Ved en bygging i Alta må det også tas hensyn til en videre befolkningsvekst.

3.0 Investeringskostnader og FDV kostnader ved nybygg.

Arealene til PHR omhandler døgnplasser til psykisk helsevern og til rus. Begge disse formålene krever i all hovedsak lik type bygg og vil i denne rapport omhandles likt.

Ved nybygging av arealer til PHR skiller vi i hovedsak mellom frittstående bygg og integrerte bygg. Integrerte bygg betyr at nybygd del skal kobles direkte sammen med eksisterende bygg, noe som i denne sammenheng kun er aktuelt i Alta (Alta Helsesenter).

Grunnen til at det skilles mellom disse to alternativene er at byggekostnaden er vesentlig høyere ved integrering, siden man da må bygge med samme takhøyde, byggbredde, byggemetode (fasade, brannkrav osv) og teknisk infrastruktur som eksisterende, mens ved frittliggende bygg vil dette i stor grad kunne skreddersys til formålet og dermed kunne bygges mer kostnadseffektivt.



3.1 Frittstående bygg

Frittstående bygg til dette formål vil klart kunne bygges i vanlig trevirke. Her vil både plassbygging og seksjons-/modulbygging kunne være aktuelt og fundamentering på grunnmur eller såle er gode løsninger.

Foretaket har erfaring med bygging av slike bygg, uten av det tidligere ha vært bygd slike areal til pasientovernatting. På den annen side er det tidligere prosjektert et overnattingstilbud til Finnmarksklinikken, som inneholdt 10 overnattingsplasser (560 kvm), samt noen støtterom, som prismessig kommer på ca 19,6 MNOK. Det gir en kvm prosjektkostnad på 35000kr. Det presiseres her at hovedmengden av støtterom allerede finnes på hovedbygningen til Finnmarksklinikken og dermed er pris pr plass her ikke relevant. Videre ligger det kostnader på ca 2 MNOK i utomhusarbeid, samt kostnad for riving av noe eksisterende.

Totalt sett støttes dette resonnementet opp gjennom de kostnader som skisseres for slik bygging (institusjon – 35000kr/kvm) i Byggfaktas byggekostnader i Finnmark.

3.2 Integrerte Bygg

Når det gjelder integrerte bygg er dette både mer kostbart pr kvm og mer komplisert. Hovedregelen her er at disse byggene må tilpasses bygningsmessig og teknisk til eksisterende bygg (spesielt takhøyde og bygningsbredde), noe som ofte gir en høyere kvm pris. I dette konkrete tilfellet omhandler eksisterende bygning foretakets del av Alta Helsesenter. Dette er i hovedsak en bygning som kan sammenlignes med en sykehusbygning når det gjelder struktur og teknikk. Dette gir indikasjoner på at prisen pr kvm vil ligge på rundt 50000kr pr kvm.

Totalt sett støttes dette resonnementet opp gjennom erfaringer i Byggfakta og byggeprosjekter i Helse Nord.

3.3 Referanseprosjekt – Helgelandssykehuset RUS

Det er innhentet et referanseprosjekt fra Helgelandssykehuset som anses å være svært sammenlignbart. Dette prosjektet er en rusinstitusjon bestående av 6 plasser + 2 skjermingsplasser, inkludert støtterom. Dette prosjektet er totalt 625 kvm med en prosjektkostnad på ca 26,5 MNOK (herav 5 mill mva, 0,7 mill inventar og 3 mill prosjektering). Dette gir en kvm prosjektkostnad på 42400kr og en kostnad pr plass på 3,3 MNOK. I følge Byggfakta ligger kostnadene i Finnmark vel 10% høyere enn hva som er tilfellet i Nordland. Dette knyttes opp mot konkurranse og byggeforhold. I tillegg til dette var dette prosjektet realisert under byggereglene av 2007 som er vesentlig mindre strenge enn 2010, samt at det har vært en reell prisstigning i perioden.

4.0 Beregningsgruppens forutsetninger for alternativer

Beregningsgruppen har fått oppdraget om å se på følgende 5 variabler ift løsning:

- 12+2 RUS-plasser + 5 nye PH i Alta og 6-8 PH i Lakselv
- 12+2 RUS-plasser + 5 nye PH i Alta og 6-8 PH ved FKL
- 6+2 RUS-plasser + 5 PH nye i Alta og 6 RUS + 6 PH ved FKL

- 6+2 RUS-plasser + 5 PH nye i Alta og 6 RUS + 6 PH i Lakselv
- 6+2 RUS-plasser + 5 PH nye i Alta og 6 RUS ved FKL og 6-8 PH i Lakselv

5.0 Økonomiske betraktninger ved alternative plasseringer

Overordnet sett må vi ta med at vi for bygningene i Lakselv, Jansnes og ved Finnmarksklinikken har følgende bokførte verdier:

Bokførte verdier på aktuelle eiendommer					
Jansnes:		Lakselv:		Finnmarksklinikken:	
Driftsbygning	kr 2 409 710,60	Driftsbygning	kr 9 358 826,87	Driftsbygning	kr 5 797 278,67
Oljekjele	kr 172 308,43	Driftsbygning	kr 11 357 571,88		
Fyrkjele	kr 141 794,09	Utbygging	kr 60 958,28	Utbygging fase 1	kr 12 551 561,30
Boliger	kr 602 000,00	Boliger	kr 4 665 000,00	Boliger	kr 2 753 583,84
SUM	kr 3 325 813,12	SUM	kr 25 442 357,03	SUM	kr 21 102 423,81

Beregningsgruppen tar det som en forutsetning at det areal som Finnmarkssykehuset disponerer i Alta i dag, kan benyttes videre i arealplanleggingen og de økonomiske betraktningene. Dette betyr i praksis at Helse Nords prosjekt i Alta ikke kan beslaglegge noe av dagens areal, uten at dette påvirker vurderingene.

Alt areal har en FDVU-kostnad (Forvaltning, Drift, Vedlikehold og Utvikling) og for areal eid av Finnmarkssykehuset settes denne til kr 1000 pr kvm pr år. Dette er en "standard" som benyttes i Norge og er erfaringsmessig i rett størrelsesorden i Finnmarkssykehuset. For arealet som Finnmarkssykehuset eier i Alta kjøper vi FDVU av Alta kommune. De fakturerer foretaket med 668 kr pr kvm pr år.

Videre poengteres det at FDVU-kostnaden ved dagens drift av Jansnes ikke er helt representabel, siden vi her eier 3545 kvm, men det bare er selve hovedbygget (2425 kvm) som inneholder vanlig drift. Totalt sett drives Jansnes med en vesentlig lavere FDVU-kostnad pr kvm enn normalt, noe som delvis skyldes at ikke all bygningsmasse er i vanlig drift og resten kobles til at det lenge har vært kjent at driften av Jansnes skal avvikles og at vedlikeholdet har vært holdt på et absolutt minimum. Totalt benyttes det rundt 2 MNOK til FDVU av Jansnes, i tillegg til ca 0,8 MNOK til drift av kjøkkenet. Videre er det også gjort fratrukk for den kostnad maten vil gi i Alta (0,35 MNOK).

Når det gjelder vurderingen av endring på FDVU-kostnad for FKL og Lakselv er det gjort en egen gjennomgang av dette. FDVU-kostnad på FKL er beregnet til 1123 kr pr kvm pr år og for Lakselv er denne 1153 kr pr kvm pr år. Siden forskjellen her er så vidt marginal er det i beregningene tatt utgangspunkt i en "standard" på 1000 kr pr kvm pr år. Grunnen til at det finnes en del uklarheter rundt budsjettering av FDVU innen PHR.

I er det en del usikkerhet knyttet til kjøkkendriften på FKL og i Lakselv. Kjøkkenet ved FKL brukes som treningskjøkken i tillegg til produksjonskjøkken, mens i Lakselv kjøpes det mat fra kommunen. På bakgrunn av dette er ikke dette hensyntatt i denne vurderingen. På den annen side antas det at

kostnadene til dette er så vidt marginale at det ikke utgjør en reell forskjell, samt at foretaket uansett må ha denne tjenesten uansett valg av lokalisering.

5.1 5 ekstra PH i Alta + All RUS i Alta Sentrum (12 + 2 avrusning) og 6-8 PH i Lakselv.

Dette betyr nedleggelse av Jansnes og FKL. Disse byggene må da avskrives og kan evt selges.

Det må opprettes 5 nye plasser til PH i Alta. Dette beregnes til 60 kvm x 6 og gir 360 kvm nytt areal. Dette arealet anslås til å koste kr 50.000 pr kvm som da gir en investeringskostnad på **18 MNOK**.

Så må det bygges 14 plasser til RUS i Alta. Dette beregnes til 100 kvm x 12 + 60 kvm x 2 og gir 1320 kvm nytt areal. Dette arealet anslås til å koste kr 50.000 pr kvm, som da gir en investeringskostnad på 66 MNOK.

På bakgrunn av dialog og analyse av dagens arealer i Alta, ser vi at det er mulig og sambruke en god del av arealet som allerede finnes. Dette arealet utgjør 162kvm netto, som igjen betyr ca 260 kvm brutto. Legges dette til grunn er behovet for utbygging i Alta 1060 kvm. En konkret gjennomgang av behovet til denne tjenesten i Alta, viser derimot et behov på 960 kvm brutto. Denne forskjellen på 100 kvm ligger det en viss usikkerhet rundt hva innebærer. På dette overordnede nivå kan det ikke konkluderes med et nøyaktig behov og beregningsgruppen velger derfor å benytte 1000 kvm som estimat på behov for nybygg med denne løsning. 1000 kvm med en kvm kostnad på kr 50.000 betyr en total kostnad på **50 MNOK**.

Når det gjelder arealet i Lakselv, drives det i dag 8 plasser PH der. Dette er det samme som dette alternativet foreslår og beregningsgruppen vurderer derfor ikke noe investeringsbehov til dette i denne sammenheng. Dette på bakgrunn av at det her er snakk om valg av framtidig lokalisering. Siden dette er en estimatutredning bør det avsettes rom for eventuelle mindre ombygginger som måtte komme fram ifm en eventuell detaljering. **2 MNOK**.

5.2 5 ekstra PH i Alta + All RUS i Alta Sentrum (12 + 2 avrusning) og 6-8 PH ved FKL.

Dette betyr nedleggelse av Jansnes og Lakselv. Disse byggene må da avskrives og kan evt selges.

Det må opprettes 5 nye plasser til PH i Alta. Dette beregnes til 60 kvm x 6 og gir 360 kvm nytt areal. Dette arealet anslås til å koste kr 50.000 pr kvm som da gir en investeringskostnad på **18 MNOK**.

Så må det bygges 14 plasser til RUS i Alta. Dette beregnes til 100 kvm x 12 + 60 kvm x 2 og gir 1320 kvm nytt areal. Dette arealet anslås til å koste kr 50.000 pr kvm, som da gir en investeringskostnad på 66 MNOK.

På bakgrunn av dialog og analyse av dagens arealer i Alta, ser vi at det er mulig og sambruke en god del av arealet som allerede finnes. Dette arealet utgjør 162kvm netto, som igjen betyr ca 260 kvm brutto. Legges dette til grunn er behovet for utbygging i Alta 1060 kvm. En konkret gjennomgang av behovet til denne tjenesten i Alta, viser derimot et totalbehov på 960 kvm brutto. Denne forskjellen på 100 kvm ligger det en viss usikkerhet rundt hva innebærer. På dette overordnede nivå kan det ikke konkluderes med et nøyaktig behov og beregningsgruppen velger derfor å benytte 1000 kvm

som estimat på behov for nybygg med denne løsning. 1000 kvm med en kvm kostnad på kr 50.000 betyr en total kostnad på **50 MNOK**.

Så må det bygges 6-8 plasser til overnatting ved Finnmarksklinikken. Finnmarksklinikken har all nødvendig bygningsmasse for drift av PH, unntatt overnatting. Dette beløper seg til 60 kvm x 6-8 og gir mellom 360 kvm og 480 kvm. Dette arealet anslås til å koste kr 35.000 pr kvm, som da gir en investeringskostnad på 12,6 – 16,8 MNOK. I tillegg vil det påløpe ca 3 MNOK til utbygging av taktekke og ca 2 MNOK til utendørsarbeid. Totalt 17,6-21,6 MNOK. **17,6 MNOK** benyttes.

5.3 5 ekstra PH i Alta + 6 (+2 avrusning) RUS i Alta og 6 RUS + 6 PH ved FKL.

Dette betyr nedleggelse av Jansnes og Lakselv. Disse byggene må da avskrives og kan evt selges.

Det må opprettes 5 nye plasser til PH i Alta. Dette beregnes til 60 kvm x 6 og gir 360 kvm nytt areal. Dette arealet anslås til å koste kr 50.000 pr kvm som da gir en investeringskostnad på **18 MNOK**.

Så må det bygges 8 plasser til RUS i Alta. Dette beregnes til 100 kvm x 6 + 60 kvm x 2 og gir 720 kvm nytt areal. Dette arealet anslås til å koste kr 50.000 pr kvm, som da gir en investeringskostnad på 36 MNOK.

På bakgrunn av dialog og analyse av dagens arealer i Alta, ser vi at det er mulig og sambruke en god del av arealet som allerede finnes. Dette arealet utgjør 162kvm netto, som igjen betyr ca 260 kvm brutto. Legges dette til grunn er behovet for utbygging i Alta 460 kvm. En konkret gjennomgang av behovet til denne tjenesten i Alta, viser derimot et totalbehov på 770 kvm brutto. Denne forskjellen på 50 kvm ligger det en viss usikkerhet rundt hva innebærer. På dette overordnede nivå kan det ikke konkluderes med et nøyaktig behov og beregningsgruppen velger derfor å benytte 750 kvm som estimat på behov for bygg med denne løsning. Dette gir 490 kvm nybygg, som med en kvm kostnad på kr 50.000 betyr en total kostnad på **24,5 MNOK**.

Så må det bygges 12 plasser til overnatting ved Finnmarksklinikken. Finnmarksklinikken har all nødvendig bygningsmasse for drift av både RUS og PH, unntatt overnatting. Dette er tidligere utredet med 10 plasser (20,3 MNOK). Vel å merke var det tidligere utredet 10 plasser RUS og ikke RUS+PH. Det må derfor tas forbehold rundt i hvor stor grad disse fagfeltene skal være helt adskilte eller ikke. Legges det til grunn at fagene kan dele det meste vil 12 plasser gi et arealbehov på 60kvm x 12 som gir 720 kvm. Dette arealet anslås til å koste kr 35.000 pr kvm, som da gir en investeringskostnad på 25,2 MNOK. I tillegg vil det påløpe ca 3 MNOK til utbygging av taktekke og ca 2 MNOK til utendørsarbeid. Totalt **30,2 MNOK**.

5.4 5 ekstra PH i Alta + 6 (+2 avrusning) RUS i Alta og 6 RUS + 6 PH i Lakselv.

Dette betyr nedleggelse av Jansnes og FKL. Disse byggene må da avskrives og kan evt selges.

Det må opprettes 5 nye plasser til PH i Alta. Dette beregnes til 60 kvm x 6 og gir 360 kvm nytt areal. Dette arealet anslås til å koste kr 50.000 pr kvm som da gir en investeringskostnad på **18 MNOK**.

Så må det bygges 8 plasser til RUS i Alta. Dette beregnes til 100 kvm x 6 + 60 kvm x 2 og gir 720 kvm nytt areal. Dette arealet anslås til å koste kr 50.000 pr kvm, som da gir en investeringskostnad på 36 MNOK.

På bakgrunn av dialog og analyse av dagens arealer i Alta, ser vi at det er mulig og sambruke en god del av arealet som allerede finnes. Dette arealet utgjør 162kvm netto, som igjen betyr ca 260 kvm brutto. Legges dette til grunn er behovet for utbygging i Alta 460 kvm. En konkret gjennomgang av behovet til denne tjenesten i Alta, viser derimot et totalbehov på 770 kvm brutto. Denne forskjellen på 50 kvm ligger det en viss usikkerhet rundt hva innebærer. På dette overordnede nivå kan det ikke konkluderes med et nøyaktig behov og beregningsgruppen velger derfor å benytte 750 kvm som estimat på behov for bygg med denne løsningen. Dette gir 490 kvm nybygg, som med en kvm kostnad på kr 50.000 betyr en total kostnad på **24,5 MNOK**.

Når det gjelder Lakselv har denne bygningsmassen plass til 10 pasienter inne i hovedbygget. Det finnes i tillegg 16 boenheter i nærheten til hovedbygget som kan benyttes til pasientovernatting. Dette anses bygningsmessig som bra lokaler, men det stilles spørsmål til hvor hensiktsmessig det er å drive slik tjeneste i flere bygg. Dersom vurderingen er at er utilfredsstillende å ha overnatting i boligene, må det bygges et tilbygg. Her er det også gjort konkret vurdering på sambruk av arealer, om omhandler et totalareal på rundt 600 kvm. Dersom det kan driftes PH og RUS som en felles enhet innebærer dette et tilbygg på 100 kvm, med en kvm kostnad på kr 35.000 som gir en byggesum på 5 MNOK. Er den faglige vurderingen av dette MÅ være to separate enheter vil dette bety både en del ombygging internt (veldig vanskelig å gi et godt estimat på dette), samt utbygging av nytt areal tilsvarende 360 kvm med en kvm kostnad på kr 35.000, som gir en byggesum på 12,6 MNOK. Bygningsmessig antas det at det må gjøres noen innvendige endringer og det anbefales å avsettes penger til slikt. Siden dette trenger detaljering anbefales det å avsette en rund sum på kr 10.000 pr kvm (2.etg er 719 kvm), som blir 7 MNOK. Totalt **19,6 MNOK**.

5.5 5 ekstra PH i Alta + 6 (+2 avrusning) RUS i Alta + 6 RUS FKL og 6-8 PH i Lakselv

Dette betyr nedleggelse av Jansnes. Disse byggene må da avskrives og kan evt selges.

Det må opprettes 5 nye plasser til PH i Alta. Dette beregnes til 60 kvm x 6 og gir 360 kvm nytt areal. Dette arealet anslås til å koste kr 50.000 pr kvm som da gir en investeringskostnad på **18 MNOK**.

Så må det bygges 8 plasser til RUS i Alta. Dette beregnes til 100 kvm x 6 + 60 kvm x 2 og gir 720 kvm nytt areal. Dette arealet anslås til å koste kr 50.000 pr kvm, som da gir en investeringskostnad på 36 MNOK.

På bakgrunn av dialog og analyse av dagens arealer i Alta, ser vi at det er mulig og sambruke en god del av arealet som allerede finnes. Dette arealet utgjør 162kvm netto, som igjen betyr ca 260 kvm brutto. Legges dette til grunn er behovet for utbygging i Alta 460 kvm. En konkret gjennomgang av behovet til denne tjenesten i Alta, viser derimot et totalbehov på 770 kvm brutto. Denne forskjellen på 50 kvm ligger det en viss usikkerhet rundt hva innebærer. På dette overordnede nivå kan det ikke konkluderes med et nøyaktig behov og beregningsgruppen velger derfor å benytte 750 kvm som estimat på behov for bygg med denne løsningen. Dette gir 490 kvm nybygg, som med en kvm kostnad på kr 50.000 betyr en total kostnad på **24,5 MNOK**.



Så må det bygges 6 plasser til overnatting RUS ved Finnmarksklinikken. Finnmarksklinikken har all nødvendig bygningsmasse for drift av både RUS, unntatt overnatting. Dette er tidligere utredet med 10 plasser (20,3 MNOK). 6 plasser gir et arealbehov på 60kvm x 6 som gir 360 kvm. Dette arealet anslås til å koste kr 35.000 pr kvm, som da gir en investeringskostnad på 12,6 MNOK. I tillegg vil det påløpe ca 2 MNOK til utendørsarbeid og ca 3 MNOK til utbygging av taktekke. **17,6 MNOK**.

Når det gjelder arealet i Lakselv, drives det i dag 8 plasser PH der. Dette er det samme som dette alternativet foreslår og beregningsgruppen vurderer derfor ikke noe investeringsbehov til dette i denne sammenheng. Dette på bakgrunn av at det her er snakk om valg av framtidig lokalisering. Siden dette er en estimatutredning bør det avsettes rom for eventuelle mindre ombygginger som måtte komme fram ifm en eventuell detaljering. **2 MNOK**.

6.0 Betraktninger rundt mulig avhending av bygg

Når det gjelder muligheter for salg av de eiendommene som foretaket har, på de lokalisasjoner som velges nedlagt, er dette et tema som det må jobbes videre med. Det kan grovt oppsummeres slik at eiendommen på Jansnes vurderes som attraktiv og har en lav bokført verdi, dermed skulle det være mulig å få en gevinst er. Situasjonen i Lakselv og på Finnmarksklinikken vurderes som helt annerledes. De bokførte verdiene er over 20 MNOK på begge plasser og muligheten for salg for å dekke dette antas å være begrenset. Det vurderes som at en eventuell salgsverdi av eiendommene i Lakselv vil være høyere enn tilsvarende i Karasjok. Bakgrunnen for dette er ikke teknisk verdi, men heller attraktiviteten i lokalisering, siden lokalene i Lakselv ligger i Lakselv sentrum.

Dersom man legger til grunn at Lakselv eller Finnmarksklinikken skal legges ned og byggene ikke gir noen salgsgevinst, vil dette gi en ekstra årlig kostnad (gjennom de beskrevne 26,4 årene) på litt under 1 MNOK for alle beskrevne alternativer, med unntak av alternativ 5. Nå er det slik at dette i realiteten vil avskrives ved avhending og dette bare gir et bilde på kostnad. Dette betyr at det må bokføres et tap tilsvarende bokført verdi når dette avhendes. Det anses også som urealistisk at byggene ikke vil gi noe salgsgevinst.

7.0 Anbefaling basert på økonomiske betraktninger

Tabellen viser oppsummering av kostnadene ved investering og drift av de ulike alternativene.

	Alternativ 1	Alternativ 2 ¹⁾	Alternativ 3	Alternativ 4 ²⁾	Alternativ 5
Total investering	kr 70 000 000,00	kr 85 600 000,00	kr 72 700 000,00	kr 62 100 000,00	kr 62 100 000,00
Antall kvm nytt areal	Alta1360	Alta1360+FKL360	Alta850+FKL720	Alta850+Lakselv360	Alta850+FKL360
Behov egenkapital	kr 21 000 000,00	kr 25 680 000,00	kr 21 810 000,00	kr 18 630 000,00	kr 18 630 000,00
Finans (70%³⁾ av investering 1. år, 3,5%⁴⁾ rente)	kr 1 715 000,00	kr 2 097 200,00	kr 1 781 150,00	kr 1 521 450,00	kr 1 521 450,00
Avskrivninger (26,4 år⁵⁾)	kr 2 651 515,15	kr 3 242 424,24	kr 2 753 787,88	kr 2 352 272,73	kr 2 352 272,73
Økt FDVU nybygg (1000 FSHF, 668 Alta)	kr 908 480,00	kr 1 268 480,00	kr 1 287 800,00	kr 927 800,00	kr 927 800,00
Bortfall FDVU avhendet/nedlagt⁶⁾	kr -3 478 000,00	kr -4 320 000,00	kr -4 320 000,00	kr -3 478 000,00	kr -2 400 000,00
Antall kvm bortfall	Jansnes3545+ FKL1078	Jansnes3545+ Lakselv1920	Jansnes3545+ Lakselv1920	Jansnes3545+ FKL1078	Jansnes3545
Årlig ekstra kostnad⁷⁾	kr 1 796 995,15	kr 2 288 104,24	kr 1 502 737,88	kr 1 323 522,73	kr 2 401 522,73

Forutsetninger som er tatt i denne beregningen, i tillegg til det som forklares i tekst under alternativene i kapittel 5:

- 1) Det er valgt å beregne dette med 6 plasser til PH lokalisert ved FKL.
- 2) Det er valgt å beregne dette med 360 kvm nybygg i Lakselv.
- 3) Finnmarkssykehuset låner 70% av totalinvesteringen.
- 4) Finnmarkssykehuset betaler 3,5% rente.
- 5) Helse Nord avskriver bygg på 26,4 år
- 6) I tallene for FDVU er det for Jansnes tatt med endring av matkostnad.
- 7) Årlig kostnad vil gradvis minke pga at rentekostnaden blir mindre når lånet minker.

De prognostiserte resultatene i denne økonomiske vurderingen gir bare estimater på finans, avskrivningskostnader og driftskostnader for bygningene i de ulike alternativene. For Jansnes er endring i matvarekostnader, ved flytting til Alta Helsecenter, tatt inn sammen med FDVU-kostnadsendringer. Dette er gjort pga at disse kostnadsendringene er kjent og de vil ikke påvirke forskjell mellom alternativene på grunn av at dette omhandler alle alternativer.

Kliniske personalkostnader og kliniske driftskostnader er ikke hensyntatt i disse estimatene. Personalkostnadene utgjør en stor del av budsjettet til klinikken, sammen med gjestepasientkostnader. Dette er store kostnader som kan påvirkes ved valg av alternativ. Forskjellen på "dyreste" og "billigste" alternativ for selve bygningene er i denne sammenheng rimelig ubetydelig.

Det vil selvsagt kunne være et tema å vurdere om avskrivning av dagens bygningsmasse skal tas med i estimatene, men siden det er umulig å si noe klart om evt salgsverdi på Lakselv og Finnmarksklinikken er det valgt og ikke bruke denne faktoren i estimatene. Det presiseres derimot sterkt at dette vil påvirke foretakets økonomi i forbindelse med avhending/nedlegging.

Videre bør det legges stor vekt på hva som vil gi det kvalitetsmessig beste tilbudet til pasientene og det må gjøres en grundig vurdering med hensyn til foretakets mulighet til å investere, knyttet opp til likviditet og mulighet for låneopptak.

Dagens pasienttilbud

- Alta, Karasjok og Lakselv

Klinikk psykisk helsevern og rus består av tre distriktpsikiatriske sentre (DPS) med underliggende avdelinger, et senter for behandling av avhengighet og rus, Finnmarksklinikken, og Samisk nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsevern og rus (SANKS). Her beskrives tilbudet som er lokalisert i Alta, Karasjok og Lakselv. I tabellen vises også hva som er lokalisert i Hammerfest, Kirkenes og Tana.

Alta	Karasjok	Lakselv	Hammerfest	Kirkenes	Tana
Post Jansnes døgnavdeling psykisk helsevern	Finnmarksklinikken- døgnplasser rus	VPP Lakselv	VPP Hammerfest	BUP Kirkenes	Døgnerheten Tana- psykisk helsevern
Post Alta-døgnavdeling psykisk helsevern	BUP Karasjok	Døgnerheten Lakselv	BUP Hammerfest	VPP Kirkenes	VPP Tana
VPP Alta	PUT Karasjok	Ambulant akutteam			
Vurderingsteam RUS Alta	Familieavdelingen				
BUP Alta					

Alta

Felles for post Alta og post Jansnes er at det gis et bredt allmennpsykiatrisk tilbud som omfatter blant annet følgende lidelser, angsttilstander, stemningslidelser, psykoselidelser, forvirringstilstander, personlighetsforstyrrelser (i en viss grad), tvangslidelser, pasienter med ulike psykiske lidelser og samtidig rusproblematikk.

Videre er følgende behandlingstilbud felles for begge postene: utredning, diagnostisering og behandling, observasjon gjennom hele døgnet over lengre tid gjøres for blant annet å kvalitetssikre den medikamentelle behandlingen i samarbeid med psykiater, og også ivareta andre viktige forhold som ikke dekkes ute i kommunene, tilgjengelighet til miljøpersonalet på døgnavdelingen etter utskrivelsen, pasientene har tilbud om å ringe til døgnavdelingen, samarbeid og samhandling med alle opptakskommunene og UNN, herunder også initiering og utarbeidelse av individuell plan, planlagt ambulerende virksomhet som omfatter ansvarsgruppemøter, samarbeidsmøter med det lokale hjelpeapparatet, undervisning og veiledning på bestilling fra kommunene samt hjemmebesøk og poliklinisk oppfølging av pasienter.

Døgnavdelingen er en aktiv samarbeidspart i langsiktige prosjekt som handler om utskrivelser til hjemkommunene – både fra UNN, rusinstitusjon men også fra egen døgnavdeling.

Miljøterapi med psykodynamisk utgangspunkt og med anvendelse av kognitive teknikker. Viktige elementer her er relasjonsbygging, støttesamtaler, eksponeringsterapi, fysisk aktivitet, ADL-trening (aktiviteter i dagliglivet) og sosial trening. Gruppeterapi, fysioterapi / ergoterapi / sosionomtjeneste, nettverksarbeid / pårørendearbeid, forvern, forebygging og ettervern

Begrensninger i dagens behandlingstilbud ved begge postene: visse typer personlighetsforstyrrelser, personer som bruker rusmidler slik at vedkommende ikke er i stand til å motta behandling, urolige/aggressive eldre med senil demens, depresjoner og forvirringstilstander, mennesker med utagerende og voldelig atferd som har behov for lukket avdeling, personer med lidelser som er så sjeldne at utredning og behandling må sentraliseres for å få opprettholdt nok erfaring til å kunne gi forsvarlig tilbud (for eksempel psykotiske døve, mennesker med omfattende somatiske lidelser hvor døgnbehandling i DPS vil være uforsvarlig)''

Post Jansnes- døgnavdeling psykisk helsevern

Post Jansnes i Talvik gir spesialisthelsetjeneste til 7 kommuner i Vestfinnmark. Disse opptakskommunene er Alta, Hasvik, Loppa, Kvalsund, Hammerfest, Nordkapp og Måsøy. Det er 10 sengplasser ved Post Jansnes.

Post Jansnes gir et behandlingstilbud til mennesker med psykiske lidelser over 18 år. Post Jansnes har 10 sengplasser og gir et allmennpsykiatrisk behandlingstilbud til mennesker med psykiske lidelser over 18 år. Det gis tilbud til alle typer psykiatriske lidelser; bl.a. schizofreni, personlighetsforstyrrelse, depresjon, angst og lignende. Opptakskommunene til Post Jansens er Kvalsund, Hammerfest, Nordkapp, Hasvik, Loppa, Måsøy og Alta.

Behandlingstilbudet tar utgangspunkt i bestillingen fra opptakskommunene. Lengden på oppholdet varierer fra 1-6 uker, måneder, år ut i fra pasientens behov.

Hovedmetoden er miljøterapi som tilpasses individuelt i samarbeid med den enkelte pasient. Miljøterapi betyr å bruke potensialet i miljøet slik at institusjonen kan bli et sted der pasienten kan lære noe om seg selv, om andre og om sin plass i tilværelsen. Elementer i miljøterapien er trygging, omsorg, støtte, struktur, engasjement, samhandling, anerkjennelse og bekreftelse.

Behandling omfatter observasjon, utredning og behandling. Etter bestilling fra kommunene tilbyr Post Jansnes opphold tilpasset den enkeltes behov. Støttesamtaler inngår som en del av den daglige oppfølgingen i miljøet. Individuelle samtaler med psykolog, sosionom, psykiater.

For å gi et helhetlig tilbud, legges det vekt på å samarbeide med hjemkommunene, andre behandlingsinstitusjoner, pårørende, familie og venner . Post Jansnes gir veiledning til kommunene, forvernsbesøk, ettervern og ansvarsgruppemøter.

ADL – trening innebærer læring, tilrettelegging og gjenopptrening av dagliglivets gjøremål. Fysiske aktiviteter brukes for å øke den fysiske og psykiske velværen. Sosial trening brukes aktivt for å hjelpe pasientene til å fungere i sosiale sammenhenger. I tillegg gis medikamentell behandling

Ansatte fra Post Jansnes reiser regelmessig ut til pasientene i deres hjemkommune og behandlingsapparatet lokalt.

Dette vektlegges for å sikre pasienten den oppfølging som er nødvendig etter utskrivelsen. Arbeidet utad kan blant annet bestå i etablering av ansvarsgrupper, samarbeidsmøter, veiledning av ansatte i kommunen, hjemmebesøk og møter for pårørende.

Innleggelsene på Post Jansnes har ulik varighet. Nye pasienter tilbys ofte et behandlingsopphold på 4 - 8 uker, men i mange tilfeller er det behov for forlengelse av innleggelsen. Reinnleggelser har gjerne varighet på 2 – 4 uker. Det tilbys også hyppige men korte reinnleggelser overfor gruppen kronisk alvorlig syke. Når det gjelder pasienter som blir overført fra krise-/ korttidsposten kan bestillingen være opptil 6 måneder.

Post Alta- døgnavdeling psykisk helsevern

Det er 10 sengeplasser ved Post Alta. I tillegg til det som fremkommer om døgnavdelingen ovenfor gir Post Alta som er en korttids- og krisepost et differensiert behandlingstilbud med spesielt fokus på kriseintervensjon, observasjon og utredning, oppfølging etter intox/suicidalhandling.

Post Alta kan gi krisetilbud innen 24 timer og setter av en sengeplass for å kunne ivareta denne funksjonen. Posten er åpen og innleggelsene må være basert på frivillighet. Posten har et rom der forholdene er lagt til rette for ekstra skjerming fra resten av miljøet. Det legges ikke opp til bruk av tvangsmidler.

Innleggelsestiden vil variere alt fra 1-2 døgn for observasjon/krisetakling og opptil 12 ukers opphold for utredning/behandling. For de som eventuelt trenger lengre opphold vil det bli en overføring til Post Jansnes. For noen vil det være aktuelt med gjentatte kortere opphold.

Innleggelsene foregår i utgangspunktet på dagtid etter søknad. Under visse forutsetninger kan posten også ta imot pasienter i krisetilstand på kveldstid/natt. Begrensninger i forhold til kriseinnleggelser vil være plassituasjon og at innleggelsen ikke må innebære tvang.

Posten ligger i sentrum av Alta i nye lokaler. Det er nært til offentlige kontorer/tjenester, transport, rekreasjonsmuligheter, helsetilbud og aktivitetstilbud som er spesielt egnet for eksponeringstrening.

VPP Alta

Voksenpsykiatrisk poliklinikk gir tilbud om vurdering, utredning og behandling til personer med psykiske lidelser etter henvisning fra fastlege eller fra lege på sykehus. VPP Alta gir tilbud til personer over 18 år. Behandlere er psykiatere/ass.leger, psykiatriske sykepleiere, kliniske sosionomer/sosionomer og psykologspesialister/psykologer. VPP Alta tilbyr gruppeterapi.

Alle henvisninger blir vurdert i inntaksteamet. Det gjøres en vurdering etter pasientrettighetsloven, både i forhold til rett til helsehjelp og ventetid.

BUP Alta

BUP Alta gir tilbud om vurdering, utredning og behandling for barn og ungdom fra 0 – 18 år med psykiske problem, etter henvisning fra fastlege eller leder for barneverntjenesten. Videre gir vi tilbud om veiledning i foreldrefunksjoner i pasientens hjemmemiljø (ambulant team).

Våre behandlere er psykologspesialist, psykolog, klinisk pedagog, klinisk sosionom, sosionom, barnevernpedagog. Poliklinikken har sekretær, og dette vil være den personen du først får kontakt med når du ringer oss.

Personell fra BUP reiser til kommunene 1 gang pr. mnd. Der deltar vi på samarbeidsmøter, samt gjennomfører utredning og behandling av pasienter. Ambulant team reiser hjem til pasienter etter behov.

Karasjok

Finnmarksklinikken

Finnmarksklinikken består av en døgnenhet med 12 plasser og en ruspoliklinikk. All behandling er frivillig og tilpasses den enkeltes behov. Målgruppen er menn og kvinner over 18 år med misbruksproblematikk. Misbruket kan omfatte narkotiske stoffer, alkohol og vanedannende medikamenter, evt i kombinasjon med psykiske lidelser. Finnmarksklinikken har eksistert siden 1980 og er en del av spesialisthelsetjenesten innen TSB (tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk). Finnmarksklinikken har et særlig ansvar for den samiske befolkningen

Ikke all behandling av rusproblemer fordrer døgnopphold i institusjon. Ofte er det mer hensiktsmessig med serier av polikliniske samtaler med fagfolk. Alle vurderingsteamene rus i TSB kan henvise både til poliklinisk behandling ved vår ruspoliklinikk og til døgninnleggelse. Poliklinikken er desentralisert med muligheter for samtaler når pasienten er hjemme eller andre steder i Finnmark. På grunn av de store avstandene innen foretaket kan det være hensiktsmessig å benytte telematikk for å kunne få gjennomført regelmessig kontakt mellom behandler og pasient. I tillegg kan det også være aktuelt å trekke inn primærhelsetjenesten og ansvarsgrupper mv. i samtalene.

Ruspoliklinikkens aktiviteter kommer i tillegg til polikliniske tjenester utført ved DPSene (de distriktpsykiatriske sentrene) i foretaket. Det er som kjent ingen klar grense mellom rusutløste problemer og andre psykiske vansker, og det kan ofte være grunnlag for samarbeid om pasientens tilstand. Det er intet mål at alt som vedrører rusproblematikk skal iverksettes av Ruspoliklinikken. Behovet for spesialkunnskap og oversikt over behandlingsfeltet er imidlertid faktorer som gjør bruk av ruspoliklinikken formålstjenlig i den enkelte situasjon.

BUP Karasjok

BUP Midt-Finnmark tilbyr hjelp til barn og unge fra 0-18 år fra kommunene Karasjok, Kautokeino, Porsanger, Tana, Nesseby, Lebesby og Gamvik, samt samiske barn og unge fra hele landet.

BUP kan gi helsehjelp til barn og unge som for eksempel opplever vansker i forhold til følelsesmessige forhold, problematisk eller avvikende adferd, forsinket eller påfallende utvikling, lærevansker, tristhet/ isolasjon/ depresjon, sinne/aggresjon, rusmisbruk, spiseforstyrrelse, angst

Ambulant team Karasjok

Ambulant team tilbyr ambulante og familiebaserte tiltak i kommunene i Midt - Finnmark og Øst – Finnmark. Teamet gir behandling og veiledning hjemme hos familier, i skolen og i barnas nærmiljø. Dette tilbudet er for barn som trenger tettere oppfølging enn det som kan gis poliklinisk og der døgn-opphold ved institusjon ikke er nødvendig. Dette er et tilbud til barn i alderen 6 – 18 år.

Hovedoppgaven til Ambulant team er å fungere som et tiltak under BUP i Karasjok og Kirkenes. Belastningen er ca 50% på BUP Karasjok og ca 50% på BUP Kirkenes. Ved at Ambulant team er et tiltak så menes det at teamet går inn som medarbeider i saker som har en ansvarlig behandler, og

omfatter barn i skolealder og eldre. Dvs fra 6-18 år. Ambulant team fungerer som en ekstra ressurs BUP kan benytte seg av i krevende saker. Hovedansvarlig saksbehandler rekrutterer Ambulant team etter skriftlig søknad/redegjørelse på ferdiglaget skjema som overleveres teamet.

Teamet består av en psykolog, som er faglig ansvarlig for den behandlingen teamet utfører. Videre består teamet av en fagkonsulent som tar seg av den praktiske administrative delen. Fagkonsulenten skal blant annet ha oversikt over saker, tiltak som startes og avsluttes, kompetanse teamet har og trenger m.v. I tillegg består teamet av 3 miljøterapeuter.

PUT Karasjok

PUT er et tilbud til ungdom og unge voksne i alderen 15 til 30 år. Tilbudet gjelder all ungdom, dvs. både samisk, kvensk, norsk og ungdom med annen etnisk/kulturell bakgrunn, bosatt i kommunene Karasjok, Kautokeino, Porsanger, Tana og Nesseby, samt all samisk ungdom i resten av Finnmark og i Norge forøvrig.

PUT gir først og fremst tilbud til ungdom og unge voksne som sliter med avhengighets-problematikk (alkohol, narkotika, spilleavhengighet) eller selvmords-problematikk.

PUT er et tverrfaglig team bestående av lege, psykolog, sykepleier, sosionom og/eller andre med relevant høyskoleutdanning. De bruker samtale og andre tiltak som kan være med på endre en vanskelig livssituasjon. PUTs motto er at "små problemer kan være vanskelig nok". Det gis praktisk hjelp, støtte og veiledning, f.eks. i forhold til økonomi, skole, arbeid og sosialkontor.

Det gjøres utredninger, f.eks. i forhold til depresjon og ADHD og vurdering i forhold til selvmordsfare. Det tilbys også gruppeterapi for spilleavhengige. Dette tilbudet har foreløpig ingen øvre aldersgrense.

Familieavdelingen

Familieavdelingen gir et tilbud til alle familier fra Finnmark samt samiske familier fra hele landet, der et eller flere av barna har følelsesmessige og/eller atferdsmessige problemer. Tilbudet er aktuelt når polikliniske tiltak innen BUP ikke har ført til endring, og der tettere oppfølging og arbeid med relasjoner i familien anses som nødvendig.

Avdelingen arbeider med problemstillinger knyttet til samspills - og samhandlingsvansker. Disse kan være relatert til en rekke problemområder som hyperaktivitet, konsentrasjonsvansker, atferdsproblemer, depresjon, angst, fobier, PTSD, spesifikke og generelle lærevansker, autisme osv.

Behandlingsoppholdet som vanligvis er inntil 4 uker innebærer bl.a. daglige foreldresamtaler, samtaler med foreldre og barn, utvidete familiesamtaler (f.eks. med besteforeldre) og individualsamtaler.

Familier inviteres med på Meahcceterapiija dvs. en tre dagers behandlingstur, hvor det legges vekt på samarbeid og tydeliggjøring av familiens ressurser. Nærhet til natur og fokusering på kulturelle røtter er viktige faktorer før, under og etter turen.

Avdelingen har plass til to familier samtidig. Familiene bor i egne leiligheter der de ordner seg selv. Oppholdet er gratis. Foreldrene sykemeldes under oppholdet og har rett til opplæringspenger ved innleggelse i godkjente helseinstitusjoner.

Avdelingen har egen skole for barn i skolepliktig alder. Skolens spesialpedagoger samarbeider med behandlingspersonalet og har nært kontakt med lærer på barnas hjemskole.

Lakselv

VPP Lakselv

Poliklinikken tilbyr hjelp til samer over 18 år fra hele landet. I tillegg har poliklinikken ansvar for tilbud til voksne i følgende kommuner i Midt-Finnmark: Karasjok, Kautokeino, Porsanger, Lebesby og Gamvik. VPP er et tilbud til voksne som trenger hjelp for psykiske plager, slik som: traumer, angst, depresjon og tvangslidelser, spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, psykoseproblemer, rusproblemer og andre former for avhengighetsproblematikk. Poliklinikken gir også veiledning og undervisning til pårørende. VPP tilbyr kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern undervisning og veiledning på temaer der kultur og psykisk helse møtes.

Døgnerheten Lakselv

Døgnerheten er en del av avdeling for psykisk helsevern - voksne. Det jobber forskjellige faggrupper på døgnerheten. Nord-samisk språk og samisk kulturforståelse er en del av kompetansen.

Døgnerheten gir spesialisthelsetjenestetilbud til hele den voksne befolkningen over 18 år i vårt opptaksområde som dekker kommunene Kautokeino, Karasjok, Porsanger, Lebesby og Gamvik. Forøvrig gis behandlingstilbud til den samiske befolkningen i hele Norge.

Døgnerheten tar i mot mennesker med forskjellig problematikk som bl.a. angstlidelser, depresjoner, avhengighetsproblematikk, personlighetsforstyrrelser og psykoser.

Døgnerheten kan ta i mot ti pasienter om gangen. Alle får rom med dusj og toalett i hovedbygningen. Oppholdene kan variere etter sykdoms-/ alvorlighetsgrad fra 2 uker til lengre opphold. Noen pasienter kommer til jevnlig opphold for å forebygge og på den måten kunne fortsette å bo i sin hjemkommune, eller som ledd i en langsiktig behandling.

Samhandlingen mellom personalet og pasientene er sentral for å hjelpe pasienten til å mestre dagliglivets aktiviteter.

En del av behandlingen består av miljøterapi, inkl. daglig morgentrim, styrketrening to ganger i uken, individuelle støttesamtaler, foreldresamtale – kartlegging og informasjon, sosionomtime (må bestilles), medikamentell behandling, ukentlig gruppe med fokus på bevegelse-pust-avspenning. Formålet er å bedre nattesøvn, å bli glad i kroppen sin, erfare større bevegelsesfrihet og finne roen i andre sammenhenger. Øvelsene er lette og kan anvendes også når man kommer hjem. ukentlig kurs i Selvhjelp og Mestring, der "egenomsorg" er det gjennomgående tema. aktiviteter - organisert i grupper med friluftsliv, kreative- og fysiske aktiviteter. Hver pasient lager sine egne individuelle målsetninger for deltagelsen i fellesaktivitetene.

Vi har også aktivitetstilbud til dagpasienter om å delta på gruppeaktiviteter sammen med pasientene på døgnerheten. For å få dagpasientstatus, må man søkes inn (av fastlege, behandler eller kommunal psykisk helsevern) med konkrete behandlingsmål for aktiviteten.

Ambulant akutteam

Akutteamet har akuttfunksjon for voksne i kommunene Karasjok, Kautokeino, Porsanger, Gamvik og Lebesby. Som akutteam kan vi gi et tilbud på kort varsel til folk i krise. Ved behov samarbeider vi med døgnavdelingen i Lakselv.

Som del av SANKS sitt nasjonale ansvar tilbyr vi også planlagt behandling for samer i resten av landet. Dette er ikke en akuttfunksjon, og vi ønsker helst henvisning før behandling kan starte opp, men kan gjøre unntak der dette er vanskelig å få til. Vi kan avtale samtaler hvor vi kommer tilreisende, og vi disponerer leilighet i Lakselv slik at folk kan komme hit.

Ambulant akutteam er et lavterskeltilbud. Kan kontaktes uten henvisning fra lege først. Opererer ikke med ventetid. Teamet kan ved behov komme på et møte, hjemmebesøk, ha en samtale på kontoret e.l.. Teamet kan bistå i å etablere kontakt med andre deler av hjelpeapparatet

Teamet består av erfarne helsearbeidere med ulike profesjoner, og fire er samisktalende.

Hensikten med ambulant akutteam er å yte krisehjelp, forebygge forverring, unngå unødige innleggelse på psykiatrisk sykehus og hjelpe folk til å få rett hjelp på rett plass til rett tid. Teamet hjelper mennesker i krise eller de som står nær noen i krise, gir råd, informerer om krisereaksjoner og måter å takle kriser på, informerer om hjelpeapparatet, tar initiativ til samarbeidsmøter, tilbyr terapeutiske samtaler for å hjelpe til å takle krisen, vurderer medikasjon, gir råd og hjelp til vurderinger til andre i hjelpeapparatet, og kan delta i samarbeid omkring saker.

Teamet har lavterskel sengeplasser på døgnavdelingen i Lakselv, som kan tas i bruk på kort varsel dersom det trengs heldøgns omsorg, men hvor krisen ikke er så alvorlig at det er nødvendig med innleggelse på UNN. Lavterskelplassene er til kortvarige opphold (fra noen få dager til to uker).



ALTA

All rus til Alta

Før beslutning om gjennomføring av omstillings – nedbemanningstiltak må det foretaes en risikovurdering.

Vurderingen dokumenteres og nødvendige tiltak utarbeides / iverksettes etter drøftinger

- Sett ett kryss i de aktuelle feltene for hver horisontal linje
- **Multipliser** tallene i sannsynlighetsfeltet med tallene i konsekvensfeltet og før opp summen under verdi – dette gir tallet for risikoen
- Høy verdi indikerer behov for tiltak – lav verdi ikke samme behov for tiltak
- Til slutt prioritere etter farge i risikomatrise (se dokumentet risikomatrise) og høyeste verdier.

RISIKOFAKTORER (Mulige uheldige hendelser / uheldige utfall)

Personell:

	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Verdi	Prioritet
Ansatte ved Finnmarksklinikken takker nei til jobb i Alta					x				x		20	2
Ansvarlige ledere vil ikke klare å sikre god nok informasjon før, under og etter styrevedtak.			x						x		12	6
Vernetjenesten (VO) har ikke kompetanse til å følge opp arbeidsmiljøet under omstilling	x						x				2	
Verne og helsepersonalet (BHT) kan ikke bistå i prosessen	x						x				2	
Lederen vil ikke klare å ivareta personalrettslige prosedyrer i forhold til overtallige	x						x				2	
TSB pasienter øker risiko for vold og skader mot ansatte	x								x		4	

Fag:

Flytting/nedleggelse av tilbud ved Finnmarksklinikken fører til at viktig TSB kompetanse forsvinner fra organisasjonen – for pasient					x		x				10	
Flytting/nedleggelse av tilbud ved Finnmarksklinikken fører til at viktig TSB kompetanse forsvinner fra organisasjonen – for kompetanse					x				x		20	3
Flytting/nedleggelse av tilbud ved Finnmarksklinikken fører til at viktig samisk språk og kultur kompetanse forsvinner fra organisasjonen					x				x		20	4
Oppgaver tilknyttet Samisk kompetansetjeneste vil ikke kunne ivaretas (TSB senger)					x					x	25	1
Man mislykkes å bygge opp nødvendig kompetanse i Alta		x							x		8	
Støy og usikkerhet i organisasjonen gjør oss mindre attraktiv overfor viktige faggrupper		x							x		8	

Hvor stor sannsynlighet er det for at uheldig hendelse inntreffer?					Konsekvenser hvis uheldig hendelse inntreffer?					Verdi	Prioritet
Kan skje					Kan føre til						
Svært liten sannsynlighet	Liten sannsynlighet	Middels sannsynlighet	Stor sannsynlighet	Svært stor sannsynlighet	Ubetydelig konsekvens	Lav konsekvens	Middels konsekvens	Alvorlig konsekvens	Svært alvorlig/Kritisk konsekvens		
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
				x				x		20	2
		x						x		12	6
x						x				2	
x						x				2	
x						x				2	
x								x		4	
				x		x				10	
				x				x		20	3
				x				x		20	4
				x					x	25	1
	x							x		8	
	x							x		8	

Endring i tjenestetilbud vil føre til at pasienten blir skadelidende		x							x		8	
Lettere tilgang til rusmidler øker sannsynlighet for økt rusing på avdelingen	x							x			3	
Faglige synergieffekter ved samorganisering vil ikke oppnås.		x						x			6	
Manglende nærhet til natur og uteareal gir dårligere behandlingstilbud.	x						x				2	
Det lykkes ikke å rekruttere fastboende spesialister		x							x		8	
Økonomi:												
Økonomisk synergieffekter ved samorganisering vil ikke kunne gjennomføres		x						x			6	
Flytting av stillinger fører til økte kostnader i form av sluttpakker etc.				x				x			12	7
Tiltak vil føre til behov for nybygg					x	x					5	
Gjestepasientkostnader øker i omstillingsperioden				x					x		12	8
Pasienter velger i større grad tilbud utenfor foretaket.	x								x		4	
Lang avstand til tilbud for pasienter i Midt og Øst vil gi økte gjestepasientkostnader			x						x		15	5
Andre risikofaktorer:												

Utført av: _KVAM-rådet i Klinikk psykisk helsevern og rus Inger Lise Balandin (Klinikkssjef (LEDER)

Solfrid Skoglund (HOVEDVERNEOMBUD)

DATO: _25.02.14

Handlingsplan og Tiltak basert på Risikoanalyse – omstilling/ombygging

Risikoforhold	Verdi - Prioritet	Beskrivelse av handling - TILTAK	Ansvar og Frist	Utført	Evaluering
Oppgaver tilknyttet Samisk kompetansetjeneste vil ikke kunne ivaretas (TSB senger)	1.	Benytte modell om er lagt til grunn i Finnmarkssykehuset der et TSB døgntilbudet i Alta også omfatter den samiske befolkning. Det legges til grunn at samisktalende ansatte herunder spesialist og vernepleier på ruspoliklinikken tilknyttes tilbudet samt at det etableres organisatorisk samarbeid / tilhørighet til SANKS.			

Ansatte ved Finnmarksklinikken takker nei til jobb i Alta	2.	Ansatte som ikke flytter gis fortrinnsrett til stillinger i foretaket som de er kvalifiserte for. Bistå med å skaffe bolig for få ansatte til å pendle fremfor å slutte. Vurdere personrettede tiltak for å få ansatte til å bli.			
Flytting/nedleggelse av tilbud ved Finnmarksklinikken fører til at viktig TSB kompetanse forsvinner fra organisasjonen – for kompetanse	3.	Bygge opp ny kompetanse ved å tilby videreutdanning i TSB til ansatte og ved nyansettelse søke etter folk med TSB kompetanse.			
Flytting/nedleggelse av tilbud ved Finnmarksklinikken fører til at viktig samisk språk og kultur kompetanse forsvinner fra organisasjonen	4.	Ansette folk med samisk språk og kulturkompetanse samt gi ansatte anledning til å delta på språkopplæring, for eksempel språkbad.			
Lang avstand til tilbud for pasienter i Midt og Øst vil gi økte gjestepasientkostnader	5.	Bygge opp omdømme – utvikle faglige gode tilbud for å konkurrere med etablerte tilbud som ofte ligger langt unna.			
Ansvarlige ledere vil ikke klare å sikre god nok informasjon før, under og etter styrevedtak.	6.	Lage en kommunikasjonsplan for å sikre at riktig informasjonen gis til ansatte til riktig tid og at ansatte vet når informasjon gis. Dette for å unngå misforståelser, usikkerhet og stress.			
Flytting av stillinger fører til økte kostnader i form av sluttpakker etc.	7.	Økonomiske konsekvenser vil avhenge av hva som tilbys.			
Gjestepasientkostnader øker i omstillingsperioden	8.	Beholde drift ved Finnmarksklinikken til nytt tilbud er etablert/ tiltak for å få ansatte til å bli iverksettes.			



Delt modell Alta – Karasjok (analyse av Karasjok)

Før beslutning om gjennomføring av omstillings – nedbemanningstiltak må det foretas en risikovurdering.

Vurderingen dokumenteres og nødvendige tiltak utarbeides / iverksettes etter drøftinger

- Sett ett kryss i de aktuelle feltene for hver horisontal linje
- **Multipliser** tallene i sannsynlighetsfeltet med tallene i konsekvensfeltet og før opp summen under verdi – dette gir tallet for risikoen
- Høy verdi indikerer behov for tiltak – lav verdi ikke samme behov for tiltak
- Til slutt prioritere etter farge i risikomatrixe (se dokumentet risikomatrixe) og høyeste verdier.

RISIKOFAKTORER (Mulige uheldige hendelser / uheldige utfall)

Personell:

Ansatt ved Døgnenheten Lakselv takker nei til jobb i Karasjok

Ansvarlige ledere vil ikke klare å sikre god nok informasjon før, under og etter styrevedtak.

Vernetjenesten (VO) har ikke kompetanse til å følge opp arbeidsmiljøet under omstilling

Verne og helsepersonalet (BHT) kan ikke bistå i prosessen

Lederen vil ikke klare å ivareta personalrettslige prosedyrer i forhold til overtallige

TSB pasienter øker risiko for vold og skader mot ansatte

Fag:

Flytting/nedleggelse av tilbud i Lakselv fører til at viktig PHV kompetanse forsvinner fra organisasjonen –for pasient

Flytting/nedleggelse av tilbud i Lakselv fører til at viktig PHV kompetanse forsvinner fra organisasjonen – for kompetanse

Flytting/nedleggelse av tilbud i Lakselv fører til at samisk språkkompetanse forsvinner.

Det lykkes ikke å rekruttere fastboende spesialister

Støy og usikkerhet i organisasjonen gjør oss mindre attraktivt overfor viktige faggrupper

Endring i tjenestetilbud vil føre til at pasienten blir skadelidende

Lettere tilgang til rusmidler øker sannsynlighet for økt rusing på avdelingen

Hvor stor sannsynlighet er det for at uheldig hendelse inntreffer?					Konsekvenser hvis uheldig hendelse inntreffer?					Verdi	Prioritet
Kan skje					Kan føre til						
Svært liten sannsynlighet	Liten sannsynlighet	Middels sannsynlighet	Stor sannsynlighet	Svært stor sannsynlighet	Ubetydelig konsekvens	Lav konsekvens	Middels konsekvens	Alvorlig konsekvens	Svært alvorlig/Kritisk konsekvens		
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
				x				x		20	1.
		3						4		12	2.
1						2				2	
1						2				2	
1						2				2	
x								x		4	
		x					x			9	
		x					x			9	
		x				x				6	
	x							x		8	
	x							x		8	
	x							x		8	
x							x			3	

Faglige tilbud i voksenpsykiatrien vil svekkes.				x				x			12	3.
Lang avstand til flyplass gjør at pasienter velger tilbud utenfor foretaket/andre DPS.		x						x			6	
Manglende nærhet til natur og uteareal gir dårligere behandlingstilbud.	x						x				2	
Økonomi:												
Økonomisk synergieffekter ved samlokalisering vil ikke oppnås	x							x			3	
Flytting av stillinger fører til økte kostnader i form av sluttpakker etc.		x						x			6	
Tiltak vil føre til behov for nybygg- og ombygging.					x	x					5	
Gjestepasientkostnader psykisk helsevern øker i omstillingsperioden			x					x			9	
Pasienter velger i større grad tilbud utenfor foretaket.		x						x			6	
Mangel på spesialister gir fristbrudd og øket ventelister med påfølgende økte gjestepasientkostnader.		x							x		8	
Lang avstand til tilbud for pasienter vil gi økte gjestepasientkostnader.		x							x		8	
Andre risikofaktorer:												

Utført av: _KVAM-rådet i Klinikk psykisk helsevern og rus

Inger Lise Balandin (Klinikksjef (LEDER)

Solfrid Skoglund (HOVEDVERNEOMBUD)

DATO: _25.02.14

Handlingsplan og Tiltak basert på Risikoanalyse – omstilling/ombygging

Risikoforhold	Verdi - Prioritet	Beskrivelse av handling - TILTAK	Ansvar og Frist	Utført	Evaluering
Ansatt ved Døgnetenhet Lakselv takker nei til jobb i Karasjok	1.	Ansatte som ikke flytter gis fortrinnsrett til stillinger i foretaket som de er kvalifiserte for. Bistå med å skaffe bolig for få ansatte til å pendle fremfor å slutte. Vurdere personrettede tiltak for å få ansatte til å bli.			
Ansvarlige ledere vil ikke klare å sikre god nok informasjon før, under og etter styrevedtak.	2.	Lage en kommunikasjonsplan for å sikre at riktig informasjon gis til ansatte til riktig tid og at ansatte vet når informasjon gis. Dette for å unngå misforståelser, usikkerhet og stress.			
Faglige tilbud i voksenpsykiatrien vil svekkes.	3.	I perioden frem til nødvendig kompetanse er på plass i Karasjok benyttes øvrige døgntilbud i klinikken. (Tana/Alta)			



Delt modell TSB – Alta – Lakselv (analyse Lakselv)

Før beslutning om gjennomføring av omstillings – nedbemanningstiltak må det foretas en risikovurdering.

Vurderingen dokumenteres og nødvendige tiltak utarbeides / iverksettes etter drøftinger

- Sett ett kryss i de aktuelle feltene for hver horisontal linje
- **Multipliser** tallene i sannsynlighetsfeltet med tallene i konsekvensfeltet og før opp summen under verdi – dette gir tallet for risikoen
- Høy verdi indikerer behov for tiltak – lav verdi ikke samme behov for tiltak
- Til slutt prioritere etter farge i risikomatrixe (se dokumentet risikomatrixe) og høyeste verdier.

RISIKOFAKTORER (Mulige uheldige hendelser / uheldige utfall)

Personell:

Ansatt ved Finnmarksklinikken takker nei til jobb i Lakselv

Ansvarlige ledere vil ikke klare å sikre god nok informasjon før, under og etter styrevedtak.

Vernetjenesten (VO) har ikke kompetanse til å følge opp arbeidsmiljøet under omstilling

Verne og helsepersonalet (BHT) kan ikke bistå i prosessen

Lederen vil ikke klare å ivareta personalrettslige prosedyrer i forhold til overtallige

TSB pasienter øker risiko for vold og skader mot ansatte

Fag:

Flytting/nedleggelse av tilbud ved Finnmarksklinikken fører til at viktig TSB kompetanse forsvinner fra organisasjonen –for pasient

Flytting/nedleggelse av tilbud til Lakselv fører til at samisk språkkompetanse forsvinner.

Det lykkes ikke å rekruttere fastboende spesialister

Støy og usikkerhet i organisasjonen gjør oss mindre attraktiv overfor viktige faggrupper

Endring i tjenestetilbud vil føre til at pasienten blir skadelidende

Lettere tilgang til rusmidler øker sannsynlighet for økt rusing på avdelingen

Hvor stor sannsynlighet er det for at uheldig hendelse inntreffer?					Konsekvenser hvis uheldig hendelse inntreffer?					Verdi	Prioritet	
Kan skje					Kan føre til							
Svært liten sannsynlighet	Liten sannsynlighet	Middels sannsynlighet	Stor sannsynlighet	Svært stor sannsynlighet	Ubetydelig konsekvens	Lav konsekvens	Middels konsekvens	Alvorlig konsekvens	Svært alvorlig/Kritisk konsekvens			
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
			x					x		16	1.	
		x						x		12	5.	
x							x			2		
x							x			2		
x							x			2		
x								x		4		
			x				x			8		
			x					x		16	2.	
				x				x		15	4.	
	x							x		8		
	x							x		8		
x								x		3		

Faglige synergieffekter ved samlokalisering med Barn- og unge, Familiebehandling, UPA og somatikk vil ikke oppnås.				x				x			12	6.
Manglende nærhet til natur og uteareal gir dårligere behandlingstilbud.	x						x				2	
Økonomi:												
Økonomisk synergieffekter ved samlokalisering vil ikke oppnås				4				3			12	7.
Flytting av stillinger fører til økte kostnader i form av sluttpakker etc.				x				3			12	8.
Tiltak vil føre til behov for nybygg- og ombygging.					x	x					5	
Gjestepasientkostnader øker i omstillingsperioden				x					x		16	3.
Pasienter velger i større grad tilbud utenfor foretaket/Alta.	x								x		4	
Mangel på spesialister gir fristbrudd og øket ventelister med påfølgende økte gjestepasientkostnader.		x							x		8	
Lang avstand til tilbud for pasienter fra Øst vil gi økte gjestepasientkostnader som behandlingssted.		x							x		8	
Andre risikofaktorer:												

Utført av: _KVAM-rådet i Klinikk psykisk helsevern og rus Inger Lise Balandin (Klinikkssjef (LEDER)

Solfrid Skoglund (HOVEDVERNEOMBUD)

DATO:_25.02.14

Handlingsplan og Tiltak basert på Risikoanalyse – omstilling/ombygging

Risikoforhold	Verdi - Prioritet	Beskrivelse av handling - TILTAK	Ansvar og Frist	Utført	Evaluering
Ansatt ved Finnmarksklinikken takker nei til jobb i Lakselv	1.	Ansatte som ikke flytter gis fortrinnsrett til stillinger i foretaket som de er kvalifiserte for. Bistå med å skaffe bolig for få ansatte til å pendle fremfor å slutte. Vurdere personrettede tiltak for å få ansatte til å bli.			
Flytting/nedleggelse av tilbud til Lakselv fører til at samisk språkkompetanse	2.	Ansette folk med samisk språk og kulturkompetanse samt gi ansatte anledning til å delta på språkopplæring, for eksempel språkbud.			



PROTOKOLL FRA STYREMØTE 5. OG 6. DESEMBER 2013

Til stede:

Styreleder Ulf Syversen
Nestleder Irene Skiri på telefon 5. desember 2013
Evy Adamsen
Gudrun B. Rollefson
Ivan Olsen
Kristin Rajala
Marit Rakfjord
Mona Søndena – forlot møtet 6.12.2013 kl. 0900
Ole I. Hansen
Svein Størdal

Observatør fra Brukerutvalget i Helse Finnmark

Leder Kjell Magne Johansen

Fra administrasjonen møtte:

Administrerende direktør Hans Petter Fundingsrud
Administrasjonskonsulent Astrid Balto Olsen som førte protokollen
Administrasjonssjef Ole Martin Olsen
Økonomisjef Stein Erik Breivikås
Medisinsk fagsjef Harald Sunde
HR-sjef Lena E. Nielsen
Klinikk sjef Vivi Brenden Bech, Klinikk Hammerfest
Klinikk sjef Rita Jørgensen, Klinikk Kirkenes
Klinikk sjef Inger Lise Balandin, Klinikk Psykisk helsevern og Rus
Klinikk sjef Jørgen Nilsen, Klinikk Prehospitale tjenester
Drifts- og eiendomssjef Øyvin Grongstad
Kommunikasjonssjef Ivar Greiner
Prosjektleder Aina Olsen

Observatør fra Brukerutvalget

Kjell Magne Johansen

Meldt forfall:

Staal Nilsen

Sakene blir behandlet i følgende rekkefølge:

5. 12.2013: 92/2013, 93/2013, 94/2013, 98/2013, 97/2013, 95/2013

6.12.2013: 96/2013, 99/2013, 100/2013, 101/2013, 102/2013

Sak 92/2013 Godkjenning av innkalling og saksliste

Det innkalles herved til styremøte i Helse Finnmark HF 5. desember kl. 09.00 – 18.00 og 6. desember 2013 kl. 08.00 – 15.00 på Rica Ishavshotel Tromsø.

Sak 92/2013 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 93/2013 Godkjenning av protokoll fra styremøtet 30. oktober 2013

- Sak 94/2013 Muntlig informasjon:
Styreleder
Administrerende direktør
- Sak 95/2013 Strategisk utviklingsplan - Orientering delprosjekt Specialisthelsetjeneste i
Alta/Vest-Finnmark
- Sak 96/2013 Månedssrapport Helse Finnmark HF 10 2013
- Sak 97/2013 Godkjenning av Forprosjekt Nye Kirkenes sykehus
- Sak 98/2013 Videreutvikling og ny organisering av psykisk helsevern og tverrfaglig
spesialisert rusbehandling (TSB) – Nye psykisk helsevern og rusbehandling i
Finnmarkssykehuset HF
- Sak 99/2013 Budsjett 2014-2017 og investeringsbudsjett 2014 -2021
- Sak 100/2013 Saker vedtatt av styret i Helse Finnmark, juni - oktober 2013 – orientering
- Sak 101/2013 Referatsaker
- Sak 102/2013 Eventuelt

Vedtak:

Styret i Helse Finnmark HF godkjenner innkalling og saksliste.

Enstemmig vedtatt

Sak 93/2013 Godkjenning av protokoll fra styremøtet 30. oktober 2013

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

Styret i Helse Finnmark HF godkjenner protokoll fra styremøtet 30. oktober 2013.

Vedtak:

Styret i Helse Finnmark HF godkjenner protokoll fra styremøtet 30. oktober 2013.

Enstemmig vedtatt

Sak 94/2013 Muntlig informasjon:

Styreleder informerte om:

- Ansettelse av ny administrerende direktør

Administrerende direktør informerte om:

- Kvalitetsrapporten

Vedtak:

Styret i Helse Finnmark HF tar informasjon fra styreleder og administrerende direktør til orientering.

Enstemmig vedtatt

Sak 95/2013 Strategisk utviklingsplan - Orientering delprosjekt Spesialisthelsetjeneste i Alta/Vest-Finnmark

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

Styret i Helse Finnmark HF tar orienteringen fra administrerende direktør Lars Vorland og direktør Finn Henry Hansen, Helse Nord RHF om Strategisk utviklingsplan – delprosjekt spesialisthelsetjeneste i Alta / Vest-Finnmark til orientering.

Vedtak:

Styret i Helse Finnmark HF tar orienteringen fra direktør Finn Henry Hansen, Helse Nord RHF om Strategisk utviklingsplan – delprosjekt spesialisthelsetjeneste i Alta / Vest-Finnmark til orientering.

Enstemmig vedtatt

Sak 96/2013 Månedsrapport Helse Finnmark HF 10 2013

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

Styret i Helse Finnmark HF tar redegjørelsen for den økonomiske utviklingen til etterretning.

Vedtak:

Styret i Helse Finnmark HF tar redegjørelsen for den økonomiske utviklingen til etterretning.

Enstemmig vedtatt

Sak 97/2013 Godkjenning av Forprosjekt Nye Kirkenes sykehus

Administrerende direktørs endrede forslag til vedtak (*endring i kursiv*):

1. Styret godkjenner Forprosjektrapporten for NKS slik den foreligger, inkludert de endringer som er tatt inn i addendumet.
2. Styret godkjenner overgang til byggefasen for prosjekt NKS, *under forutsetning av at Helse Nord RHF godkjenner de endringer som kommer på bakgrunn av kortere byggetid og endret kostnadsramme.*
3. Styret ber prosjektet i det videre arbeid om å ha fokus på kostnadsreducerende tiltak, med mål om ytterligere å nærme seg 1,4 mrd NOK, p85 løpende priser.
4. Styret ber om at prosjektet følger oppsatt tidsplan med byggestart 1.5.2014.

Vedtak:

1. Styret godkjenner Forprosjektrapporten for NKS slik den foreligger, inkludert de endringer som er tatt inn i addendumet.
2. Styret godkjenner overgang til byggefasen for prosjekt NKS, under forutsetning av at Helse Nord RHF godkjenner de endringer som kommer på bakgrunn av kortere byggetid og endret kostnadsramme.
3. Styret ber prosjektet i det videre arbeid om å ha fokus på kostnadsreducerende tiltak, med mål om ytterligere å nærme seg 1,4 mrd NOK, p85 løpende priser.
4. Styret ber om at prosjektet følger oppsatt tidsplan med byggestart 1.5.2014.

Enstemmig vedtatt

Sak 98/2013 Videreutvikling og ny organisering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – Nye psykisk helsevern og rusbehandling i Finnmarkssykehuset HF

Administrerende direktør sitt forslag til vedtak

1. Styret i Helse Finnmark HF vedtar følgende prinsipper for ny organisering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB):
 - a. Det etableres et 24/7 akutt tilbud innen psykisk helsevern knyttet til samarbeid mellom DPS-ene basert på bakvaktordning og bruk av lyd/bilde kommunikasjon i 2014.
 - b. Det etableres tre ambulante psykiatriske akutteam (APAT) innen psykisk helsevern tilknyttet DPS - ene. Det første teamet på 10 fagpersoner skal etableres i Alta i 2014. Alternativt med 6 personer i Alta og 4 personer i Hammerfest.
 - c. Rusteamet i Alta videreutvikles og det opprettes rusteam i Hammerfest og Kirkenes i 2014.
 - d. Antallet døgnplasser reduseres fra 37 til 31 plasser innen psykisk helsevern frem mot 2016.
 - e. Døgnetenheten innen psykisk helsevern på Jansnes legges ned fra 1. juli 2014.
 - f. Fra 1. juli 2014 skal ledig kapasitet ved døgnetenhetene innenfor psykisk helsevern i Lakselv og Post Alta benyttes og døgnetenheten i Tana brukes ved kapasitetsproblemer. Ordningen skal gjelde fram til permanente løsninger er på plass ved døgnetenheten i Alta.
 - g. Døgnetenheten innen psykisk helsevern i Alta utvides fra 10 til 15 plasser fra 2016.
 - h. Døgnetenheten i Tana innenfor psykisk helsevern videreutvikles faglig med 10 døgnplasser.
 - i. Det etableres et døgn tilbud innenfor rusbehandling i Alta med minimum 6 plasser i 2016.
 - j. Tilbudet innen rusbehandling i Karasjok legges ned og flyttes til Alta og Lakselv fra 2016.
 - k. Døgnetenheten innen psykisk helsevern i Lakselv reduseres fra 8 til 6 plasser (inkl. 4 nasjonale senger/samisk befolkning) og samlokaliseres med 6 rusdøgnplasser innen TSB fra 2016.
 - l. Samisk helsepark inkludert flytting av Spesialistlegesenteret og samlokalisering med SANKS i Karasjok bygges ut i 2016. Utviklingsarbeidet knyttes til arbeidet med Strategisk Utviklingsplan for Finnmarkssykehuset HF.
2. Styret forventer at de foreslåtte strukturendringene i tilbudet bidrar til betydelig reduksjon av gjestepasientkostnadene innen psykisk helsevern og rus
3. Styret ber Administrerende direktør om å planlegge, iverksette og implementere styrets vedtak. Ansattes rettigheter skal ivaretas gjennom hele prosessen i hht. foretakets omstillingsdokument og lover og regler.

Vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF vedtar følgende prinsipper for ny organisering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB):
 - a. Det etableres et 24/7 akutt tilbud innen psykisk helsevern i 2014 i samarbeid mellom DPS-ene basert på bakvaktordning og bruk av lyd/bilde-kommunikasjon.
 - b. Det etableres tre ambulante psykiatriske akutteam (APAT) innen psykisk helsevern tilknyttet DPS - ene. Det første teamet etableres i 2014 og organiseres under DPS Vest-Finnmark.
 - c. Rusteamet i Alta videreutvikles og det opprettes rusteam i Hammerfest og Kirkenes i 2014.
 - d. Antallet døgnplasser innen psykisk helsevern reduseres fra 37 til 31 i 2016.
 - Døgnetenheten i Alta utvides fra 10 til 15 plasser fra 2016.
 - Døgnetenheten i Tana videreutvikles faglig med 10 døgnplasser.
 - Døgnetenheten på Jansnes legges ned 1. januar 2015.

- Kapasitet ved døgnenhetene i Lakselv, Tana og Post Alta brukes ved kapasitetsproblemer inntil permanente løsninger er på plass ved døgnenheten i Alta.
 - Døgnenheten i Midt-Finnmark reduseres fra 8 til 6 plasser (inkl. 4 nasjonale senger/samisk befolkning). Lokalisering besluttet i styremøtet 20. mars 2014. Styret ber om å få fremlagt en samlet vurdering av konsekvenser, styrker og svakheter av ulike alternativer, der blant annet forhold knyttet til rekruttering, investeringsbehov, drifts- og finanskostnader og tilknytning til Samisk helsepark inngår.
- e. Beslutning om dimensjonering og lokalisering av døgntilbudet innen rusbehandling vil bli gjort i styremøtet 20. mars 2014. Styret ber om å få fremlagt en vurdering av ulike alternativer, herunder samlokalisering med døgnplasser innen psykisk helsevern i Karasjok og Lakselv og samling av all rusbehandling i Alta (jfr. Styrevedtak 71/2012). Forhold knyttet til rekruttering, investeringsbehov, drifts- og finanskostnader og ivaretagelse av samiske pasienter skal inngå.
 - f. Spesialistlegesenteret samlokaliseres med SANKS i Karasjok i 2016. Utviklingsarbeidet av Samisk helsepark knyttes til arbeidet med Strategisk Utviklingsplan for Finnmarkssykehuset HF.
2. Styret forventer at de foreslåtte strukturendringene i tilbudet bidrar til betydelig reduksjon av gjestepasientkostnadene innen psykisk helsevern og rus.
 3. Styret ber Administrerende direktør om å planlegge, iverksette og implementere styrets vedtak.

Enstemmig vedtatt

Stemmemforklaring fra styremedlemmene:

Styremedlemmene Svein Størdal og Kristin Rajala er svært bekymret for reduksjon i døgnplasser innen fagområdet psykisk helsevern og rus. Dette spesielt med tanke på at Finnmarkssykehuset gjennom APAT ønsker å redusere akuttinnleggelser til UNN (Åsgård sykehus)

Styremedlem Gudrun Rollesfsen var ikke tilstede under avstemmingen.

Sak 99/2013 Budsjet 2014-2017 og investeringsbudsjett 2014 -2021

Administrerende direktørs endrede forslag til vedtak (*endring i kursiv*):

1. Styret i Helse Finnmark HF viser til faglige føringer og krav i foreløpig oppdragsdokument vedrørende prioritering av pasientbehandling, kvalitet og pasientsikkerhet. Føringerne skal legges til grunn for planleggingen i klinikkene.
2. Styret vedtar et budsjettresultat på **15,0 mill.** Eventuelle gevinster ved salg av anlegg vil medføre at resultat vil bli økt tilsvarende. Administrerende direktør skal informere styret og Helse Nord RHF når salgsgevinster realiseres og øke resultatkravet.
3. Styret vedtar følgende rammer til den enkelte klinikk;

	Psykisk helsevern og rus	Hammerfest	Kirkenes	Prehospitale tjenester	Senter for Drift og eiendom	Administrasjonen	Ramme RHF	Resultat
Ramme vedtatt budsjett i agresso	230150675	232921458	150716282	164041992	167663823	-950464332	1 405 829 000	-4 970 102
FORDELING AV BASISRAMME								
Kreftplan		188 400	125 600				314 000	
Lungeplan		237 000	158 000				395 000	
Nyreplan		237 000	158 000				395 000	
Fagansvarlig helsefaglæringer						500 000	500 000	
Samhandlingsreform Ø - hjelp						-990 000	-990 000	
Inntektsfordelingsmodell psykisk helsevern	-3 603 000						-3 603 000	
Inntektsmodell TSB	-4 749 000						-4 749 000	
Kompensasjon kostnadsføringer FIKS						1 232 000	1 232 000	
Kompensasjon FIKS deltagelse	250 000	250 000	250 000			845 000	1 345 000	
Lavere pensjonskostnad						-2 193 000	-2 193 000	
Lønns og priskompensasjon	5 612 273	8 998 886	5 662 943	2 722 608	4 431 889	13 927 401	41 356 000	
Styrking kapitaltilskudd						2 241 000	2 241 000	
Samhandlingsreform Ø - Hjelp						-54 000	-54 000	
Barn som pårørende						339 000	339 000	
Spesialproduksjon av legemidler ved IFE						48 000	48 000	
Kreftmidler til RHFene						6 090 000	6 090 000	
Behandlingshjelpemidler						16 000	16 000	
Kvalitetsbasert finansiering						-10 150 000	-10 150 000	
Økte egenandeler, pasientreiser og ISF-somatikk						-1 139 000	-1 139 000	
Økt refusjon for overnatting på pasienthotell						1 272 000	1 272 000	
Egenandeler - kompensasjon for manglende prisjustering						1 630 000	1 630 000	
Vridning fra døgn til dag PHV	-1 046 000						-1 046 000	
Styring HF, oppfølging av fagplander/krav i oppdragsdokument	900 000	1 100 000	800 000	500 000		29 259 000	32 559 000	
Kvalitetsmidler til HF(engangsbevilgning)						1 050 000	1 050 000	
Styring av innkjøpsfunksjonen						480 000	480 000	
Kvalitetsfinansiert finansiering(egen konto, ikke 3300)						10 150 000	10 150 000	
Økt resultat						-20 000 000		
RAMMEJUSTERINGER								
Rammejustering 3300						-77 738 000		
INTERNT I FORETAKET								
Overdagelse av drift og bygninger fra Psykiatri til Drift	-15 353 476				15 353 476			
Styring IKT					4 000 000	-4 000 000		
Midler overføring Adm, overtakelse drift og bygninger					1 500 000	-1 500 000		
Sum basisramme ramme 2014	212 161 472	243 932 744	157 870 825	167 264 600	192 949 188	-999 148 931	1 483 317 000	-24 970 102

4. Styret vedtar at aktivitetsplanen for 2014
5. Styret vedtar investeringsplan for 2014 -2021;

Investeringer/år	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Spesialist poliklinikk Karasjok	17	20						
Spesialistsenter Alta	4	44	50					
Kirkenes nye sykehus(NKS)	60	300	300	200	135	100		
Tiltak sykehus(KS og HS)	10	10	10					
Hammerfest nye sykehus							300	300
Økt MTU			20					
MTU, ambulanser, rehabilitering	34	30	30	30	40	40	40	50
<i>Intern spesifisering foretaket av MTU, etc</i>								
Ambulanser	8	8	8	8	8	8	8	8
MTU		15,9	15,9	15,9	25,9	25,9	25,9	35,9
MTU Kirkenes	6,4							
MTU Hammerfest	9,5							
Røntgenstyr Hammerfest	4							
Reserve	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Egenkapital KLP	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6
SUM totale investeringer	125	404	410	230	175	140	340	350

6. Styret vedtar at tiltakene for 2014 og for at omstilling til bærekraft 2015 – 2017 iverksettes.
7. **Styret vedtar å endre avskrivningstakten til gamle Kirkenes sykehus slik at det er avskrevet i 2017 i stedet for 2019, basert på vedtak i styresak 97/2013.**

Vedtak:

1. Styret i Helse Finnmark HF viser til faglige føringer og krav i foreløpig oppdragsdokument vedrørende prioritering av pasientbehandling, kvalitet og pasientsikkerhet. Føringerne skal legges til grunn for planleggingen i klinikkene.
2. Styret vedtar et budsjettert resultat på **15,0 mill.** Eventuelle gevinster ved salg av anlegg vil medføre at resultat vil bli økt tilsvarende. Administrerende direktør skal informere styret og Helse Nord RHF når salgsgvinster realiseres og øke resultatkravet.

3. Styret vedtar følgende rammer til den enkelte klinikk;

	Psykisk helsevern og rus	Hammerfest	Kirkenes	Prehospitale tjenester	Senter for Drift og eiendom	Administrasjonen	Ramme RHF	Resultat
Ramme vedtatt budsjett i agresso	230150675	232921458	150716282	164041992	167663823	-950464332	1 405 829 000	-4 970 102
FORDELING AV BASISRAMME								
Kreftplan		188 400	125 600				314 000	
Lungeplan		237 000	158 000				395 000	
Nyreplan		237 000	158 000				395 000	
Fagansvarlig helsefaglæringer						500 000	500 000	
Samhandlingsreform Ø - hjelp						-990 000	-990 000	
Inntektsfordelingsmodell psykisk helsevern	-3 603 000							-3 603 000
Inntektsmodell TSB	-4 749 000							-4 749 000
Kompensasjon kostnadsføring FIKS						1 232 000	1 232 000	
Kompensasjon FIKS deltagelse	250 000	250 000	250 000			845 000	1 345 000	
Lavere pensjonskostnad						-2 193 000	-2 193 000	
Lønns og priskompensasjon	5 612 273	8 998 886	5 662 943	2 722 608	4 431 889	13 927 401	41 356 000	
Styrking kapitaltilskudd						2 241 000	2 241 000	
Samhandlingsreform Ø - Hjelp						-54 000	-54 000	
Barn som pårørende						339 000	339 000	
Spesialproduksjon av legemidler ved IFE						48 000	48 000	
Kreftmidler til RHFene						6 090 000	6 090 000	
Behandlingshjelpemidler						16 000	16 000	
Kvalitetsbasert finansiering						-10 150 000	-10 150 000	
Økte egenandeler, pasientreiser og ISF-somatikk						-1 139 000	-1 139 000	
Økt refusjon for overnatting på pasienthotell						1 272 000	1 272 000	
Egenandeler - kompensasjon for manglende prisjustering						1 630 000	1 630 000	
Vridning fra døgn til dag PHV	-1 046 000							-1 046 000
Styring HF, oppfølging av fagplander/krav i oppdragsdokument	900 000	1 100 000	800 000	500 000		29 259 000	32 559 000	
Kvalitetsmidler til HF(engangsbevilgning)						1 050 000	1 050 000	
Styring av innkjøpsfunksjonen						480 000	480 000	
Kvalitetsfinansiert finansiering(egen konto, ikke 3300)						10 150 000	10 150 000	
Økt resultat						-20 000 000		
RAMMEJUSTERINGER								
Rammejustering 3300						-77 738 000		
INTERNET I FORETAKET								
Overdagelse av drift og bygninger fra Psykiatri til Drift	-15 353 476				15 353 476			
Styring IKT					4 000 000	-4 000 000		
Midler overføring Adm, overtakelse drift og bygninger					1 500 000	-1 500 000		
Sum basisramme ramme 2014	212 161 472	243 932 744	157 870 825	167 264 600	192 949 188	-999 148 931	1 483 317 000	-24 970 102

4. Styret vedtar aktivitetsplanen for 2014
 5. Styret vedtar investeringsplan for 2014 -2021;

Investeringer/år	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Spesialist poliklinikk Karasjøk	17	20						
Spesialistsenter Alta	4	44	50					
Kirkenes nye sykehus(NKS)	60	300	300	200	135	100		
Tiltak sykehus(KS og HS)	10	10	10					
Hammerfest nye sykehus							300	300
Økt MTU			20					
MTU, ambulanser, rehabilitering	34	30	30	30	40	40	40	50
<i>Intern spesifisering foretaket av MTU, etc</i>								
Ambulanser	8	8	8	8	8	8	8	8
MTU		15,9	15,9	15,9	25,9	25,9	25,9	35,9
MTU Kirkenes	6,4							
MTU Hammerfest	9,5							
Røntgenutstyr Hammerfest	4							
Reserve	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Egenkapital KLP	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6
SUM totale investeringer	125	404	410	230	175	140	340	350

6. Styret vedtar at tiltakene for 2014 og for at omstilling til bærekraft 2015 – 2017 iverksettes.
 7. Styret vedtar å endre avskrivningstakten til gamle Kirkenes sykehus slik at det er avskrevet i 2017 i stedet for 2019, basert på vedtak i styresak 97/2013.

Enstemmig vedtatt

Sak 100/2013 Saker vedtatt av styret i Helse Finnmark, juni - oktober 2013 – orientering

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

Styret i Helse Finnmark tar informasjon om saker vedtatt av styret i Helse Finnmark, juni - oktober 2013 til orientering.

Vedtak:

Styret i Helse Finnmark tar informasjon om saker vedtatt av styret i Helse Finnmark, juni - oktober 2013 til orientering.

Enstemmig vedtatt

Sak 101/2013 Referatsaker

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

Styret i Helse Finnmark HF tar referatsaker til orientering

- Referat fra kvalitetsutvalget 1. november 2013
- Referat fra Brukerutvalget 19. november 2013
- Referat fra FAMU 26. november 2013 – leveres på møtet
- Protokoll fra informasjons- og drøftingsmøte 27. november 2013
- Referat fra informasjons- og drøftingsmøte 27. november 2013
- Referat fra drøftingsmøtet klinikk PHV 22. november 2013
- Uttalelse fra fagrådet i PHV

Vedtak:

Styret i Helse Finnmark HF tar referatsaker til orientering

Enstemmig vedtatt

Sak 102/2013 Eventuelt

HR-sjef orienterte styret i Helse Finnmark om lærlingordningen. Det kommer egen sak om lærlingeordningen i styremøtet februar 2014.

Medisinsk fagsjef orienterte om audiografsituasjon i Helse Finnmark.

Neste styremøte er i Kirkenes 12. – 13. februar 2014.

Møtet ble avsluttet 5. desember 2013 klokken 17.45

Møtet ble avsluttet 6. desember 2013 klokken 10.10

Protokollen er godkjent av styreleder i etterkant av styremøte.

Astrid Balto Olsen
Adm. konsulent